

Aus der I. medizinischen Klinik des
Städtischen Krankenhauses München-Schwabing
Chefarzt: Prof.Dr.H.Begemann

DER ARZTBRIEF

Probleme zwischenärztlicher Kommunikation am
Beispiel des internistischen Arztbriefes.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Gisela Krusche
aus
Baldham/München

1976

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität München

Berichterstatter: Prof.Dr.H.Begemann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. E. Buchborn

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 5. Oktober 1976

Sonderdruck aus

Patient und Krankenhaus

Herausgegeben von Herbert Begemann

Alle Rechte, auch die des Nachdruckes, der Wiedergabe in jeder Form und der Übersetzung behalten sich Urheber und Verleger vor. Es ist ohne schriftliche Genehmigung des Verlages nicht erlaubt, das Buch oder Teile daraus auf photomechanischem Weg (Photokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen oder unter Verwendung elektronischer bzw. mechanischer Systeme zu speichern, systematisch auszuwerten oder zu verbreiten.

Druck Fotokop Darmstadt. Printed in Germany.

© Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1976.

Urban & Schwarzenberg · München-Berlin-Wien 1976



VIII. DER ARZTBRIEF¹⁾

Probleme zwischenärztlicher Kommunikation am Beispiel
des internistischen Arztbriefes
Gisela Krusche

Der Arztbrief ist wesentlichstes Informations-Vehikel zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten. Er soll die Kontinuität in der Behandlung von Kranken nach ihrer Entlassung aus der Klinik gewährleisten. Dieser Aufgabe kann der Arztbrief nur dann gerecht werden, wenn Schreiber und Empfänger "die gleiche Sprache sprechen", d.h. wenn ihre Berufsauffassungen übereinstimmen und wenn gleiche Behandlungsziele mit gleichen Mitteln erreicht werden sollen. Inwieweit derartige Übereinstimmungen zwischen den genannten ärztlichen Berufsgruppen bestehen, wurde mit Hilfe einer Befragung von niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten zu klären versucht. Die Ansprüche, die von beiden Ärztegruppen an den Arztbrief gestellt werden, differieren in einigen Punkten erheblich. Die Kenntnis dieser Differenzen wird eine bessere Kommunikation zwischen Klinik und Praxis ermöglichen.

¹⁾ Die vorliegende Arbeit entstand in der 1. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing und wurde 1976 der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität in München als Inaugural-Dissertation vorgelegt.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhalt

Theoretischer Teil

Einführung in das Thema	165
1. Kommunikationstheoretische Grundlegung	166
1.1. Zur Definition von "Kommunikation"	167
1.2. Zum Prozeß der Kommunikation	168
1.3. Zur Pragmatik der Kommunikation	169
1.4. Zur Funktion der Kommunikation	171
2. Kommunikator und Kommunikant	172
2.1. Zur "Einsicht der Ärzteschaft"	172
2.2. Konstituierende Momente der Arzt-Patienten-Be- ziehung in Klinik und Praxis	175
2.3. Sozialer Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung ...	176
2.4. Sozialisation des Arztes	177
3. Das Bezugssystem ärztlicher Kommunikation	179
3.1. Die Grundlagen in medizingeschichtlicher Sicht ..	179
3.1.1. Institutionalisierung und Spezialisierung der Medizin	179
3.1.1.1. Politische Rahmenbedingungen	180
3.1.1.2. Standespolitik und Spezialistentum	180
3.1.1.3. Ausbildung und Prüfungsordnungen	182
3.2. Die Krise des Bezugssystems als Krise des Wissen- schaftsbegriffs	184
3.2.1. Problembereich "Computermedizin"	186
3.2.2. Problembereich: "Medizin als soziale Wissenschaft"	188
3.2.3. Problematisierung der medizinischen Grundlagenbe- griffe	191
4. Das Kommuniké: Der Arztbrief in normativer Sicht	194

Experimenteller Teil

Methodische Vorbemerkung	201
1. Erwartungen des niedergelassenen Arztes an den Informationsablauf	203
2. Zeitaufwand für die Abfassung des Befundberichts	205
3. Die Funktion des Arztbriefes	206
4. Kooperation zwischen Klinikern und niederge- lassenen Ärzten	212

5.	Abfassen des Arztbriefes als ärztliche Tätigkeit	217
6.	Kritik und Verbesserungsvorschläge zum klinischen Befundbericht	220
7.	Zusatzfragen	224
7.1.	Gesichtspunkte zur Anamnese	225
7.2.	Aufklärung des Patienten	226
7.3	Epikrise	227
8.	Zusammenfassung	229
	Literatur	232

Theoretischer Teil

Einführung in das Thema

Mit der Zunahme von Spezialkenntnissen, von sich immer weiter verzweigenden Forschungsfragen wächst die Notwendigkeit, Ordnungsprinzipien zu gewinnen, nach denen die Einzelfakten einem Erkenntnisziel zugeordnet werden können.

Das Erkenntnisziel der Medizin ist es letztlich, das Wohlbefinden des Menschen zu erhalten, zu bessern oder wiederherzustellen - eine Selbstverständlichkeit, die nichtsdestoweniger gerade an der Front medizinischer Fortschritte immer wieder in Vergessenheit zu geraten droht. Will sich Medizin als Wissenschaft nicht damit begnügen, Diagnostik und Therapie an einem Artefakt, nämlich dem Klinikpatienten, zu betreiben, stellt sich die Frage, wie die in den hochtechnisierten medizinischen Institutionen gewonnenen Erkenntnisse in das soziale System, dem der Patient außerhalb der Klinik zugehört, integriert werden können. Spezialisierung und weitere Aufzweigung klinischer Teilgebiete bedeuten nur dann eine Verbesserung der Patientenversorgung, wenn die Kommunikation zwischen den Ärzten verschiedener Fachbereiche und Versorgungsbereiche reibungslos funktioniert.

Die Weitergabe medizinischer Erkenntnisse im sogenannten Arztbrief oder Befundbrief ist seit langem institutionalisiert. Wie NEUMANN-MANGOLDT in "Der Arztbrief" zeigt, reicht der ärztliche Meinungsaustausch bis in die Anfänge systematisch betreibender Medizin zurück. Fraglich ist jedoch, ob die heute übliche Durchführung der Berichterstattung optimal ist, das heißt, ob die in der Klinik gewonnenen diagnostischen und therapeutischen Einsichten für die Weiterbetreuung des Patienten voll nutzbar gemacht werden.

Die vorliegende Arbeit geht davon aus, daß mit zunehmender Spezialisierung im klinischen Bereich einerseits und mit wachsender Komplexität der ärztlichen Aufgaben im Bereich der Primärversorgung andererseits der Informationsaustausch zwischen beiden Bereichen problematisch wird.

Der Theoretische Teil unternimmt es, den Ursachen dieser

Problematisierung nachzugehen. Insbesondere wird versucht, darzustellen, daß die Ursachen für diese Problematik nicht nur äußerlicher, technisch-organisatorischer Art sind, sondern sich aus der Entwicklung ergeben, welche die ärztliche Berufspraxis und die Tradition medizinischen Wissenschaftsverständnisses etwa seit Mitte des letzten Jahrhunderts genommen haben. Im praktischen Teil wird die Fragestellung eingeeengt auf die Problematik der klinisch-internistischen Berichterstattung an den niedergelassenen Internisten oder Allgemeinarzt. Zum einen ist die Innere Medizin als das Kernfach akademisch betriebener Medizin anzusehen, zum anderen hat der internistische Arztbrief nicht nur die längste Tradition, sondern liefert auch das umfangreichste Datenmaterial. Eine Auseinandersetzung mit diesem Bereich zwischenärztlicher Kommunikation dürfte also besonders ergiebig sein. Mit Hilfe einer schriftlichen Befragung von niedergelassenen Ärzten und Klinikern zum klinisch-internistischen Befundbericht wird versucht, die These vom gestörten Informationsaustausch zu erhärten.

1. Kommunikationstheoretische Grundlegung

1.1. Zur Definition von "Kommunikation"

Begriffe sind vieldeutig, insbesondere soziologische Begriffe. Das gilt auch für "Kommunikation".

Übersetzen läßt sich *communicare* mit: "in Gemeinsamkeit bringen", woraus sich bereits die Hauptaspekte der Kommunikationstheorie ableiten lassen: Wer bringt mit wem was in Gemeinsamkeit? LASSWELL hat daraus die klassische Formel geprägt: "Who says what in which channel to whom with what effect?" (18).

Die Kommunikationskette besteht demnach aus Kommunikator, *Kommuniqué*, Kommunikationsmedium, Kommunikant und Kommunikationswirkung.

Je nach Erkenntnisinteresse wechseln die Definitionen, wobei die von MEYER-EPPLER wahrscheinlich dem Verständnis des Physiologen am nächsten kommt: "Aufnahme und Verbreitung von physikalisch, chemisch oder biologisch nachweisbaren Signalen durch Lebewesen." (24). JASPERS spricht von "Geöffnet sein für den anderen". Eine weitere Definition von Kommunikation ist: "Übermittlung von Bedeutung durch den Gebrauch von Symbolen oder Zeichen". (19)

Verschieden fällt auch die Abgrenzung von "Kommunikation" gegenüber "Interaktion" aus. WATZLAWICK bezeichnet als Kommunikation eine einzelne Mitteilung. Einen wechselseitigen Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen nennt er Interaktion, wobei es ihm darauf ankommt, daß "das 'Material' jeglicher Kommunikation keineswegs nur Worte sind, sondern alle paralinguistischen Phänomene (wie z.B. Tonfall, Schnelligkeit ... Lachen), Körperhaltungen, Ausdrucksbewegungen ..., Verhalten jeder Art" (39, S. 51).

Andere Autoren hingegen definieren Kommunikation als einen Prozeß der Übermittlung von Bedeutungs- und Sinngehalten zwischen Individuen mittels sprachlicher und/oder nichtsprachlicher Symbole. Als Symbole werden hier materielle Schöpfungen, Laute, Farben verstanden, denen ein Sinngehalt zugeordnet wurde, der nicht aus ihren physischen Eigenschaften abgeleitet oder verstanden werden kann, also soziale Schöpfungen mit zeitlich und räumlich begrenzter Geltung. LUKASCZYK schließt wechselseitiges, interagierendes Verhalten in die Definition von Kommunikation ein, begrenzt diese jedoch auf die symbolische Vermittlung, schließt also im Gegensatz zu WATZLAWICK expressives Verhalten aus: Kommunikation ist für ihn eine spezifische Form der Interaktion, und zwar nur der symbolvermittelten Interaktion (19).

Diese Darstellung der verschiedenen Definitionsmöglichkeiten von "Kommunikation" soll verdeutlichen, daß der Begriff nicht unabhängig von seinem Anwendungsbereich zu definieren ist.

1.2. Zum Prozeß der Kommunikation

Hier interessieren vor allem die einzelnen Stationen des Kommunikationsprozesses, und zwar soweit sie für die zwischenärztliche Kommunikation, wie sie mittels Arztbrief stattfindet, Relevanz haben.

Das gängige Kommunikationsschema berücksichtigt auf Seiten des Expedienten die (1.) Nachrichtenquelle, aus der (2.) die Nachricht stammt, (3.) die Kodierung, (4.) den Sender, (5.) die gesendete Nachricht. Auf Seiten des Perzipienten: (1.) die empfangene Nachricht, (2.) die Dekodierung, (3.) die Nachrichtensinke (Nachrichtenspeicher). Dazwischen liegt der Signalweg oder der Kanal.

Welches sind nun die Bedingungen für eine Kommunikation, und wo können Störungen eintreten? Voraussetzung für Kommunikation ist einmal ein intakter Signalweg, zum anderen ein genügend großer gemeinsamer Zeichenvorrat bei Sender und Empfänger, d.h., der aktive Zeichenvorrat des Senders muß eine genügende Anzahl Elemente mit dem passiven Zeichenvorrat des Empfängers gemeinsam haben. Störungen können beim Sender, beim Empfänger und/oder bei der Nachrichtenübermittlung auftreten. Legt man dieses Modell der Verarbeitung von z.B. Labordaten zugrunde, die in einer Klinik gewonnen und an einen niedergelassenen Arzt übermittelt werden, ergibt sich folgende Kommunikationskette mit ihren Störmöglichkeiten:

Als Nachrichtenquelle fungiert das Labor, wo auch bereits die Kodierung stattfindet, d.h. die Beschreibung physikalisch-chemischer Eigenschaften z.B. des Blutes mit Hilfe von medizinischen Parametern. Die nächste Etappe auf Seiten des Expedienten ist die Station. Allein für die Verarbeitung und Übermittlung von Labordaten im Labor und vom Labor zur Station haben EGGSTEIN und Mitarbeiter eine Verlust- bzw. Fehlerquote von fast 10 % festgestellt (11). Als Expedient tritt der Stationsarzt auf, wenn er bei der Abfassung des Arztbriefes die Labordaten in diesem aufnimmt. Da der Stationsarzt üblicherweise den Brief nicht selber schreibt, sondern ihn diktiert, können sowohl beim Diktat, als auch beim Abhören und Schreiben des Briefes wiederum Fehler auftreten. Die Übermittlung der Nachricht, hier der Versand des Briefes, kann in unserem Fall zu Verzögerungen oder Verlust, nicht aber zu Störung durch Verzerrung oder gar "Rauschen" führen. Auf seiten des Perzipienten, des niedergelassenen Arztes also, findet die Dekodierung statt, vorausgesetzt, daß diesem die angegebenen Zeichen als Parameter bestimmter physikalisch-chemischer Eigenschaften z.B. des Blutes

bekannt sind. Als Nachrichtensenke könnte man die Kartei des Arztes annehmen.

Diese Darstellung der Kommunikationskette, die von der Klinik zum niedergelassenen Arzt reicht, hat sich darauf beschränkt, den Weg der Übermittlung von Informationen, einschließlich der Möglichkeit ihres Versicherns, nachzuzeichnen. Nicht berücksichtigt wurde die Bedeutung, die der Expedient, hier der Stationsarzt, und der Perzipient, in unserem Fall der niedergelassene Arzt, den Zeichen, bzw. den Parametern hinsichtlich des Krankheitsgeschehens geben.

1.3. Zur Pragmatik der Kommunikation

Die Pragmatik der Kommunikation befaßt sich mit den sozial-psychologischen Aspekten der Kommunikation und den damit verbundenen Interpretationsproblemen.

HEAVISIDE stellt die Frage: Warum kommunizieren wir? und antwortet: um andere zu beeinflussen. Kommunikation definiert er als "eine Lernsituation, bei der es sich um Austausch von Einstellungen und Informationen zwecks Beeinflussung des Verhaltens handelt".

Als Elemente der Kommunikation setzt er: Intention, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Behalten, Teilnehmen. Diese Elemente könnten Maßstäbe liefern, nach denen der Erfolg von Kommunikation zu beurteilen sei. Der wichtigste Aspekt der Kommunikation ist für ihn die Intention: Wie können wir erfolgreich kommunizieren, wenn wir uns nicht zuerst über unsere eigene Intention im klaren sind? Daraus leitet er die Fragenreihe: Was? Wer? Warum? Wann? ab. Also: Was ist Gesprächsgegenstand? (je vertrauter er ist, desto besser für den Kommunikationsablauf, denn "Vertrautheit erzeugt Vertrauen"). Wer sind die Empfänger? (Wir müssen etwas über sie als Individuen wissen und die Umstände, die ihren Standpunkt beeinflussen.) Warum kommunizieren wir? (Um andere zu beeinflussen.) Wann ist der beste Zeitpunkt der Kommunikation? (Erfolgreiche Kommunikation steht in Relation zu der Zeitspanne, innerhalb derer die Handlung ausgeführt sein soll.) Das zweite Element der Kommunikation ist für HEAVISIDE die Aufmerksamkeit: Gleich zu Beginn müsse die Aufmerksamkeit des Empfängers geweckt und seine Frage beantwortet werden "Was ist für mich drin?"

Drittes Element dieser Theorie nach ist die Wahrnehmung, die gleichbedeutend sei mit unserem Standpunkt, mit der Art, wie wir das Leben betrachten. Die Bedeutung liege im Empfänger und nicht in den Symbolen. Es sei entscheidend, daß wir dem Empfänger helfen, die Dinge so zu sehen wie wir. (Hier wäre zu er-

gänzen: Die Bedeutung liegt sowohl beim Empfänger als auch beim Sender.) Wahrnehmung - so HEAVISIDE - werde gelernt; dazu ver helfe der Kommunikator, indem er das Etiketten-Inventar, das Repertoire, des Empfängers benutzt oder ihm zum Erwerb des eigenen Repertoires verhilft.

Viertes Element ist für HEAVISIDE das Behalten. Auch ihm liege eine Lernsituation zugrunde. Behalten und Erinnern könnten nur so gut sein wie die Information. Beginn und Ende einer Kommunikation blieben am besten im Gedächtnis (13).

Wenn man dieses, von den sozialpsychologischen Aspekten der Kommunikation ausgehende Modell am Beispiel der zwischenärztlichen Kommunikation, wie sie sich im Arztbrief darstellt, durchprobiert, ergeben sich folgende konkrete Fragen:

Welches sind die Intentionen der Klinikärzte bei der Abfassung von Berichten an die weiterbehandelnden niedergelassenen Kollegen? Alternativ gefragt: Geht es den Klinikern um die Auflistung der bei der Behandlung anfallenden Daten, also quasi um die Rückgabe von Begleitmaterial des Patienten, der selbst mit der Entlassung wieder Patientengut des weiterbehandelnden Arztes wird? Oder versucht der Klinikarzt über die Entlassung hinaus via Arztbrief auf den Krankheitsverlauf des Patienten noch Einfluß zu nehmen? Warum also wird der Arztbrief letztlich geschrieben? Um einen Aktenvorgang abzuschließen, oder um den Kollegen im Sinne der eigenen, ärztlich-sachlich begründbaren und damit intersubjektiv beanspruchenden Beurteilung des Krankheitsgeschehens zu beeinflussen?

Wer sind die Empfänger der Berichte? Was weiß der Klinikarzt von den Bedingungen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Berufssituation des niedergelassenen Arztes prägen?

Wann ist der beste Zeitpunkt der Kommunikation? Wann sollte der Arztbrief spätestens beim weiterbehandelnden Arzt eintreffen? Welche Verzögerungen wären noch zu tolerieren?

Wie steht es mit der Aufmerksamkeit, die der Brief erregen sollte, indem er - nach HEAVISIDE - Antwort auf die Frage des Empfängers zu geben sucht: "Was ist für mich drin?" Ist der Klinikbericht Orientierungshilfe in einer Arzt-Patienten-Situation, in der konkrete Antworten auf konkrete Fragen erwartet werden? Was das Element der Wahrnehmung betrifft, spricht HEAVISIDE das hermeneutische Problem der Interpretation an: Die Bedeutung liegt beim Empfänger (und Sender) und nicht in den Symbolen. Hier müßte ein dialektischer Prozeß einsetzen,

der damit beginnt, daß sich der Sender Rechenschaft über den eigenen Standpunkt - hier: seine Beurteilung des Krankheitszusammenhangs - ablegt und sich an der vermutlichen Interessenlage des Empfängers orientiert. Konkret hieße das, der Klinikarzt müßte seine Vorstellung von der Situation miteinbringen, in der sich Hausarzt und Patient, in der Sprechstunde einander gegenüberstehend, befinden, wobei in besonderem Maße die Problematik zu berücksichtigen wäre, die sich durch den vorangegangenen Klinikaufenthalt bzw. die Rekonvaleszenz ergibt. Aus dem Anspruch, daß der Kommunikator dem Empfänger helfen müsse, die Dinge so zu sehen wie er, folgert HEAVISIDE ferner, daß der Sender das "Etiketten-Inventar", das Repertoire des Empfängers, benutzen oder ihm zum Erwerb des eigenen Inventars verhelfen müsse. Für den Klinikarzt könnte das heißen, seinen Fachjargon zu reduzieren und die Sprache seines Berichts an dem spezifischen Informationsbedürfnis des weiterbehandelnden Arztes auszurichten, bzw. dann, wenn es sich nach Meinung des Klinkers um wichtige, neue wissenschaftliche Zusammenhänge handelt, diese mit didaktischer Zielsetzung darzustellen. Eine solchermaßen dialektische Kommunikation, in der der - wenn auch persönlich unbekannte - Empfänger das Kommuniké mitprägt, könnte tatsächlich für beide Kommunikationspartner eine Lernsituation sein. In ihr würde die Absolutsetzung der eigenen Berufspraxis durch die Frage nach dem ärztlichen Informationsbedürfnis des Kollegen relativiert. Anders ausgedrückt: "Medizin an sich" würde durch das "Medium Patient" gebrochen, die Abstraktheit einer als reine Naturwissenschaft mißverstandene Medizin würde durch einen Kommunikationsvorgang konkretisiert, dem ein gemeinsames ärztlich-praktisches Interess zugrunde liegt, nämlich die Heilung, bzw. Betreuung des Patienten.

1.4. Zur Funktion der Kommunikation

Die Funktion der Kommunikation ist vor allem mit Hilfe organisationstheoretischer Ansätze genauer untersucht worden. LEE THAYER sieht die Leistungsfähigkeit einer Organisation letztlich durch ihr Kommunikationssystem bestimmt, dem er drei verschiedene Aufgabenbereiche zuordnet.

Hier interessiert vor allem das von L. THAYER als System der Überlebens- und entwicklungsorientierten Kommunikation (maintenance and development communication system) beschriebene. Es dient dem Zweck, "Feedback hinsichtlich des Zustandes der Menschen oder der Kommunikationskanäle zu erbringen, von denen die Organisation ... bezüglich ihres internen Funktionierens und ihrer Beziehung zu den verschiedenen Zulieferern und Abnehmern ihrer Umwelt abhängig ist ... Die Überlebensdaten, die eine Organisation eingibt, sind solche, die für die Beziehungen von Bedeutung sind, die innerhalb der Organisation und zu ihren Kunden bestehen. Auf der Ausgabe-Seite stehen die Meldungen, ... die dazu dienen sollen, diese Beziehungen aufrechtzuerhalten oder zu verbessern." (38)

Überträgt man diese Theorie zur Selbsterhaltung und Entwicklungsfähigkeit von Organisationen auf das medizinische Versorgungssystem Klinik-Praxis (vgl. 33) und setzt statt ökonomischer Effizienz ärztliche Effizienz, die sich ausdrücken ließe als Zufriedenheit der Patienten mit ihrer ärztlichen Betreuung, kommt man zu folgender Überlegung:

Ein Rückmeldekreis, der von den niedergelassenen Ärzten zur Klinik verlief, bzw. Informationen, die die Klinik einhole, brächten Aufschluß über die Wirkung, die das klinikinterne ärztliche Handeln auf "draußen" ausübt. Zu diesem Draußen zählt sowohl der weiterbehandelnde Arzt als auch der Patient, der mit der Entlassung seine Selbständigkeit und die ihm entsprechende Kritikfähigkeit wiedergewonnen hat. Könnte also der Kliniker Informationen darüber gewinnen, wie der niedergelassene Kollege sein ärztliches Handeln - soweit er es dem Arztbrief und der Patientendarstellung entnehmen kann - beurteilt, könnte in der Klinik ein Lernprozeß stattfinden, der u.a. die einseitige Entwicklung technischer Perfektion modifizierte und damit die "Überlebenschance", hier: Handlungsfähigkeit, dieses Sektors des Gesundheitswesens verbesserte.

2. Kommunikator und Kommunikant

(Klinikerarzt und niedergelassener Arzt in ihrer spezifischen Berufspraxis)

2.1. Zur "Einheit der Ärzteschaft"

Die Diskussion um die Einheit der Ärzteschaft ist hier insoweit von Interesse, als diese tatsächliche oder vermeintliche

Einheit in Beziehung zu zwischenärztlichem Kommunikationsverhalten zu sehen ist.

Die Einheit der Ärzteschaft scheint gegeben, wenn man die formalen Bedingungen ärztlicher Berufsausübung als Kriterien nimmt. SIEGRIST verweist auf die angelsächsische Berufsforschung, in der die Ärzteschaft als "professionelle Berufsgruppe" dargestellt wird (vgl. 2o) und beschreibt ihre Merkmale folgendermaßen:

1. Sie verfüge über einen speziellen, durch formale Ausbildungskriterien festgelegten Wissensbereich.
2. Sie besitze eine spezifische Berechtigung oder Lizenz zum Handeln aufgrund erworbener Kenntnisse.
3. Sie übe ein Definitionsmonopol im Bereich ihrer Handlungsgebiete aus: Ärzte definierten, welche Befindens- und Verhaltensweisen als krank zu gelten hätten. Dieses Definitionsmonopol sei gesellschaftlich sanktioniert und damit rechtlich festgelegt, also ein gesellschaftliches Mandat.
4. Als organisatorische Vereinigung oder als Verband übe sie normgebende und normschützende Aufgaben gegenüber ihren Mitgliedern aus (37, S. 1o6)

Eine andere abstrakte Berufsausübungsdefinition, die die Illusion von der Einheit des ärztlichen Standes verfestigte, geht auf die Rollentheorie von PARSONS zurück. PARSONS führt bei seiner Analyse sozialen Handelns sog. pattern variables ein, Orientierungsalternativen, die die Beziehung zwischen sozialen Partnern kennzeichnen. Die fünf alternativen Orientierungsmöglichkeiten sind:

1. Affektivität-Neutralität,
2. Selbstbezogenheit-Kollektivbezogenheit
3. Universalismus-Partikularismus (ärztliches Handeln ist universalistisch orientiert, gilt allen Patienten; mütterliche Fürsorge wäre dagegen partikularistisch, nur auf Mitglieder der Familie ausgerichtet.)
4. Sein - Leistung (Das soziale Objekt kann für den Handelnden aufgrund seiner Seinsqualität oder seiner Leistung bedeutsam sein, bzw. die Rolle des Handelnden kann eine zugeschriebene oder errungene sein.)
5. Spezifität - Diffusität ((Die Beziehung des Handelnden zum Rollenpartner ist durch spezifische, begrenzte Bezüge (z.B. Geschäftspartner) oder durch komplexe, vielseitige Bezüge (z.B. Freund) gekennzeichnet)).

Für die Arztrolle ergibt sich demnach eine Ausrichtung an folgenden Polen der Orientierungsalternativen: Affektive Neutralität, Kollektivbezogenheit, Universalismus, Spezifität. (Vgl. 28, 29, 3o).

Dieses Rollenkonzept entspricht einer Gesellschaftstheorie, die nach dem Funktionieren gesellschaftlich geregelter Beziehungen fragt, mit der Zielsetzung, diese stabil zu halten. Abweichendes Verhalten wird nicht als Ausdruck gesellschaftlicher Unzulänglichkeiten (Widersprüche), sondern als asozial, krankhaft interpretiert. Die Abstraktion dieses Rollenschemas bietet in seiner Anwendung auf den Berufsstand "Arzt" keine Möglichkeit, Konflikte innerhalb der Ärzteschaft wie auch zwischen Arzt und Patient zur Sprache zu bringen.

Demgegenüber betont LÜTH die Uneinheitlichkeit des Ärztestandes, die auf unterschiedlichem Prestige und unterschiedlicher ökonomischer Rentabilität beruhe. Um diese Verhältnisse analysieren zu können, bedürfe es aber einer erst zu erarbeitenden kritischen Rollentheorie. Die Forderungen der Standesvertretungen nach Einheit sei jedoch insofern legitim, als sie den Konkurrenzkampf dämpfe, ein Auseinanderfallen in gegensätzliche Interessengruppen verhindere. "Jenseits dieser berufspolitischen Kulisse ist jedoch berufstheoretisch kein Zweifel möglich, daß es nicht den Arzt gibt, sondern ausschließlich die Ärzte, und daß diese Ärzte sich nach Status und Prestige weitgehend unterscheiden."

Auf die Wahrung von Solidarität um jeden Preis weist auch EULNER hin in seiner Arbeit über Ausbildung und Berufsbild des Spezialisten. Anhand einer Untersuchung stellt er fest, wie auffallend wenig sich von den heftig geführten Grundsatzdiskussionen über die Ausbildung von Ärzten und Spezialisten, die um die Jahrhundertwende an den Universitäten geführt wurden, in den Ständesorganen niederschlug. "Der Kampf gegen Kurpfuscher und Krankenkassen wurde dort weit heftiger geführt. Welche Solidarität steht dahinter?" (7)

Das Verhältnis von Klinikarzt und niedergelassenem Arzt, die in diesem Zusammenhang als Kommunikator und Kommunikant interessieren, ist jedenfalls nicht nur durch formale berufliche Gemeinsamkeiten, sondern sehr wohl auch durch berufspolitische und berufspraktische Verschiedenheiten geprägt. Die Emotionalität, mit der die Auseinandersetzungen der ärztlichen Berufsgruppen unter der Hand geführt werden, rührt wahrscheinlich gerade daher, daß diese berufspolitischen und -praktischen Unterschiede geleugnet werden. Um der Fiktion von der Einheit des Berufsstandes willen werden diese Probleme von einer eingehenden Analyse und Diskussion ausgeschlossen. Das heißt aber auch: tatsächlich vorhandene berufliche Gemeinsamkeiten

werden nicht, der berufsgeschichtlichen Entwicklung entsprechend, vom Ärztestand jeweils neu herausgearbeitet, sondern bleiben als Schemen hinter einer sich ständig weiter spezifizierenden Berufspraxis zurück.

2.2. Konstituierende Momente der Arzt-Patient-Beziehung in Klinik und Praxis

Man kann auf das Arzt-Patient-Verhältnis in der Klinik nicht eingehen, ohne die Technisierung der klinischen Medizin zu berücksichtigen, der sie ihre Effizienz verdankt (37). Der Kliniker ist von der Ausbildung her, an die sich seine klinikärztliche Tätigkeit unmittelbar anschließt, und von den diagnostischen Möglichkeiten her, die ihm die Institution zur Verfügung stellt, nicht nur darauf trainiert, sondern aus Gründen der Rentabilität klinischer Apparaturen geradezu verpflichtet, in erster Linie Befunde zu erheben und zu kontrollieren. Befunde als Abweichung von Parametern chemo-physikalischer Körperregulationen geben dem sie erhebenden und verwaltenden Arzt die Möglichkeit, einen Körperzustand "objektiv" zu beurteilen und regulierend einzugreifen. Für den mit den Kategorien der Naturwissenschaft arbeitenden Mediziner kann es, wenn er sein Metier konsequent betreibt, eigentlich nur ein Ärgernis geben: den Patienten, der diese Präzisionsmedizin durch die Unberechenbarkeit seiner individuellen Reaktionen gefährdet. Das Verhältnis des Klinikers zum Patienten wird also vorwiegend durch Befunde konstituiert. Nur solange der Patient Befunde aufweist, also Meßdaten liefert, die außerhalb der Norm liegen, ist er Patient, ist sein Aufenthalt, speziell in einem Akutkrankenhaus, volkswirtschaftlich zu rechtfertigen.

Das Verhältnis Kliniker-Praktiker beschrieb R. GROSS vor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung folgendermaßen: "Die Spezialisten sehen ... nur noch 'ihr' Organ, immer weniger den kranken Menschen ... Irgendwo muß aber jemand - gewöhnlich ein praktischer Arzt oder Internist - die Mosaiketeile zu einem Bild zusammensetzen, den Kranken beraten, die Heilmaßnahmen einleiten und sich Gedanken machen, wie das halbe Dutzend 'O.B.'-Befunde mit den hartnäckigen Beschwerden in Einklang gebracht werden kann". (12)

Ein Patient, der ohne Befunde aber mit Beschwerden nach der Entlassung aus der Klinik beim Hausarzt wieder auftaucht, ist für diesen nicht abweisbar. Der Patient bleibt Patient, solange er nicht beschwerdefrei ist, der Arzt draußen muß handeln, solange es das Befinden, bzw. Mißbefinden, des Patienten erfordert. Anders als in der Klinik ist das konstituierende Moment für die Arzt-Patient-Beziehung in der Praxis also nicht: Befund und Krankheit, sondern Befinden und Kranksein.

2.3. Sozialer Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung

Während im Bereich der Primärversorgung zumindest an der Idee der freien Arztwahl festgehalten wird, gibt es im Bereich der Klinik freie Arztwahl nur für den Privatpatienten. Der Kassenpatient durchläuft, bis er "seinem" Stationsarzt begegnet, meist ein Aufnahmeverfahren, bei dem er mit mehreren Ärzten konfrontiert wird. So trifft er häufig erst nach einer Untersuchung auf der Aufnahmestation und nach einer weiteren auf der Station selbst (durch einen Medizinalassistenten) auf den ihn behandelnden Arzt. Bei der Visite sieht er diesen selten allein, meist in Begleitung über- und untergeordneter Ärzte. Die Möglichkeit, ein Gespräch anzuknüpfen, das außerklinische Bezüge hätte, besteht kaum.

Verglichen damit ist im allgemeinen die Beziehung zum Hausarzt komplexer, weniger abstrakt, da der Hausarzt meist demselben sozialen "Ortsnetz" angehört wie der Patient. Indem hier zwei weitgehend in eigener Regie handelnde Individuen einander begegnen, ist die Beziehung außerdem weniger unsymmetrisch: Ärztliches Versagen, auch nur Unzufriedenheit des Patienten mit dem ihn behandelnden Arzt können eher durch Fernbleiben, bzw. Arztwechsel sanktioniert werden. In der Klinik dagegen hat der Patient ärztliche Maßnahmen hinzunehmen; er kann sie nicht nur nicht beurteilen, sondern er kann sich ihnen auch nicht entziehen. Ein vorzeitiger Abbruch des Klinikaufenthalts ist immer ein Risiko den Angehörigen und Sozialpartnern gegenüber. Im Hinblick auf das Gemeinwohl und d.h. auf seine baldige Entlassung, mag er sich sogar verpflichtet fühlen, die ärztlichen Maßnahmen unter Hintanstellen seiner Bedürfnisse und seines Befindens zu unterstützen.

2.4. Sozialisation des Arztes

SIEGRIST weist auf die hohe Selbstrekrutierung unter den Ärzten hin. Etwa ein Drittel aller Medizinstudenten seien Arztkinder. Damit würden bereits in der familiären, also der primären Sozialisation "antizipatorisch" Teile der beruflichen, sekundären Sozialisation eingeübt. Die Studienwahl werde unter Motivationen und Zielvorstellungen getroffen, die im Elternhaus vorgebildet seien. Die berufsspezifischen Einstellungen entwickelten sich in der Studienzeit, die geprägt werde durch den Umgang mit naturwissenschaftlich-technisch orientierter Methodik und der Notwendigkeit, Faktenwissen zu sammeln. Indem die ärztlich-praktische Tätigkeit in der Klinik beginnt, ist diese "nicht allein ärztlicher Berufsbereich unter anderen, sondern Ort der Sozialisation, der Einführung in den Arztberuf schlechthin." (37)

Nun ist der Arztberuf in der Klinik geprägt durch den Verwaltungsrahmen, der die Institution Krankenhaus kennzeichnet. FREIDSON klassifiziert dementsprechend den Klinikarzt als: "the professional in a bureaucratic setting (vgl. 9), was ROHDE mit: "der Freiberufler im bürokratischen System" übersetzt und folgendermaßen interpretiert: "Daß der Arzt in seiner beruflichen Rolle Agent eines Kollektivs und nicht aus freien Stücken in Aktion tretendes, hilfsbereites, in wahrstem Sinn autonomes Individuum ist, läßt sich in der Position eines Krankenhausarztes weniger verdrängen als in der Position eines frei praktizierenden Mediziners." (33)

Läßt sich ein Arzt nieder, um als "frei praktizierender Mediziner" tätig zu werden, steht er beruflich vor einem völligen Neuanfang. BRAUN, der sich gezielt mit der Berufspraxis des niedergelassenen Arztes auseinandergesetzt hat, spricht die Ambivalenz an, die vor allem dem diagnostischen Vorgehen des Praktikers zugrunde liegt: "Obgleich der heutige praktische Arzt alles eher denn eine klinische Diagnostik tätigt, und obwohl daher von einer primären, stets exakten Diagnosestellung usw. bei ihm überhaupt keine Rede sein kann: es behagt ihm ganz und gar nicht, wenn seine Art, ärztlich zu handeln, ins grelle Licht der Wissenschaft gestellt wird ... Zwar kann er nicht die anerzogene Medizin betreiben, doch ermöglicht ihm ein dichtes Netz von Fiktionen, so zu tun, als wendete er in seiner Praxis tatsächlich die Grundsätze der klinischen Diagnostik an." (4)

Diese eigentümliche Ambivalenz liegt wohl auch einem Verhalten zugrunde, das BALINT das "nicht ganz ehrliche Lehrer-Schüler-Verhältnis" zwischen Praktiker und Facharzt, bzw. Klinikarzt nennt (3). Obwohl die Problematik eines ausschließlich auf klinische Medizin hin orientierten Ausbildungsganges inzwischen durch Aufnahme des Faches Allgemeinmedizin in die neue Studienordnung berücksichtigt worden ist, wird es noch lange dauern, bis diese traditionsbedingte Deformation ärztlichen Selbstverständnisses behoben ist. Die Ambivalenz, die diesem "nicht ganz ehrlichen" Lehrer-Schüler-Verhältnis zugrunde liegt, beruht wahrscheinlich auf einer Vielzahl sozialpsychologisch zu erklärender Faktoren: Die mühsam erworbene klinikärztliche Kompetenz erweist sich bei Beginn praktisch-ärztlicher Tätigkeit weitgehend als nutzlos. Andererseits dauert die Bindung an die als Autorität anerkannte Schulmedizin an. Kompensatorisch tritt an die Stelle weitgehend nutzloser Fähigkeiten die Überbewertung des neugewonnenen Freiheitsraumes. Dies könnte die Abneigung der Praktiker erklären, Wissenschaftlichkeit nochmals disziplinierend in ihren ureigensten Handlungsraum eingreifen zu lassen. Dazu kommt, daß der Arzt von der Ausbildung her nicht darin geübt ist, Praxis reflektierend aufzuarbeiten, in ein Verhältnis zu Theorie zu bringen. So ordnet er - wie BRAUN es beschreibt - sein praktisch-diagnostisches Vorgehen weiterhin in den Bezugsrahmen der klinischen Diagnostik ein. Der Nutzeffekt davon ist ein doppelter: Der Anspruch der Wissenschaftlichkeit bleibt gewahrt, der dahinter liegende Freiraum praktisch-ärztlicher Tätigkeit bleibt unvergleichlich und damit unkontrollierbar.

Zusammenfassung

Die vorangegangene Darstellung ärztlicher Berufspraxis hat sich darauf beschränkt, auf diejenigen beruflichen Verschiedenheiten hinzuweisen, die für die Kommunikation zwischen Klinikarzt und niedergelassenem Arzt Bedeutung haben. Da Kliniker und Praktiker durch dasselbe Ausbildungssystem geprägt werden, sind die unterschiedlichen Berufsauffassungen wohl eher gradueller als grundsätzlicher Art. Ein qualitativ

unterschiedliches Verständnis von ärztlicher Tätigkeit müßte ja auf eine Theorie zurückgreifen können, die sich kritisch mit der sog. Schulmedizin auseinandersetzt. Da diese Theoriebildung erst im Entstehen begriffen ist, kann sie für eine rationale Auseinandersetzung der verschiedenen ärztlichen Berufsgruppen noch keine klärende Funktion übernehmen. Die zwischenärztlichen Verständigungsschwierigkeiten, in die die vorliegende Untersuchung einen ersten Einblick geben soll, werden damit noch weitgehend im Vorfeld medizintheoretischer Diskussionen ausgetragen.

3. Das Bezugssystem ärztlicher Kommunikation

3.1. Die Grundlagen in medizingeschichtlicher Sicht

3.1.1. Institutionalisierung und Spezialisierung der Medizin im 19. Jahrhundert

In diesem Kapitel soll der Frage nach den beruflich-ständischen Voraussetzungen der Kommunikation zwischen den verschiedenen Ärztegruppen unter historischen Gesichtspunkten nachgegangen werden.

"Institutionalisierung" soll hier für die Schaffung einer für ganz Deutschland einheitlichen Ausbildungs- und Weiterbildungsordnung stehen, "Spezialisierung" für die Aufteilung in einzelne Fachgebiete, wie sie im Facharzt-Katalog jeweils definiert sind.

Bezogen auf das Berufsbild "Medizin" bedeutete die Entwicklung zur Institutionalisierung und Spezialisierung einen Strukturierungsprozeß, der eine vorhersehbare Berufslaufbahn ermöglichte, ein bestimmtes Berufsbild prägte und somit zur Konsolidierung der Medizin beitrug.

Kommunikationstheoretisch gesehen, wohnen dieser Entwicklung jedoch zwei entgegengesetzte Tendenzen inne: Institutionalisierung fördert die Bildung eines einheitlichen Bezugssystems, Spezialisierung droht als zentrifugale Kraft den Rahmen wissenschaftlicher Gemeinsamkeit zu sprengen.

Wie diese Entwicklung abgelaufen ist, welches ihre Vorstadien waren und was die Konsequenz für die heutige "Berufseinheit" der Ärzte sind, soll im folgenden anhand einiger, die historische Situation markierender Ereignisse und Stellungnahmen gezeigt werden.

3.1.1.1. Politische Rahmenbedingungen

Zu den politischen Bedingungen ärztlicher Berufsausübung schreibt E. HEISCHKE-ARTELT: "Was war der Arzt im 19. Jahrhundert? ... Jeder der über dreißig Staaten hatte seine eigene Medizinalordnung und die verschiedensten Kategorien von Leuten, die die Heilkunde ausübten. Ein Wechsel über die Grenzen fand nicht statt, ein preußischer Arzt z.B. konnte sich nicht in Bayern niederlassen." (15)

VIRCHOW beschreibt die Folgen, welche dieser Provinzialismus für die Medizin als Wissenschaft in Deutschland hatte.

Sein Handbuch der Pathologie sollte u.a. dazu dienen, "die Er-rungenschaften aller wissenschaftlichen Schulen" zusammenzutragen, damit "wir endlich einmal in der Lage sind, unsere eigenen Schätze vor dem Raub des Auslandes zu sichern... Die deutsche Medizin ist durch Zersplitterung der Schulen zum Spott und zur Beute der Fremden geworden ... dieser traurige Zustand ist unser eigenes Werk. Jede Schule beginnt die Arbeit von neuem; jeder Neuling fängt damit an, sich als Original anzupreisen. Wir haben sehr gelehrte Geschichtsforscher, aber die deutsche Medizin hat keine regelmäßige Geschichte, keine kontinuierliche Entwicklung. Die Eigensucht der Einzelnen und der Schulen, die große Zahl unserer Journale, die zweifelhafte Haltung unserer Presse überhaupt, hindert jede Dauerhaftigkeit der Überlieferung, welche die französische und englische Medizin mit vielleicht zu enthusiastischem Kultus pflegt." (Zitiert nach 16)

3.1.1.2. Standespolitik und Spezialistentum

Über die politischen Grenzen hinweg gab es nur eine Gemeinsamkeit: die Zweiteilung innerhalb der Ärzteschaft in akademisch und nicht akademisch vorgebildete Ärzte. Es gab Wundärzte, die zunftmäßig organisiert aus den Barbierstuben hervorgegangen waren, handwerklich bei einem graduierten Chirurgen aus-

gebildet und von einem Medizinalkollegium geprüft wurden. Außerdem gab es Doktoren der Chirurgie mit Universitätsausbildung. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Chirurgie neben der Inneren Medizin in den meisten Ländern als Universitätsfach anerkannt. Bis dahin hatte der Chirurg die Ärzte als "Kunst-vorgesetzte" zu respektieren.

Diese Zweiteilung überrascht, wenn man liest, welche Ausrüstung akademisch gebildeten Ärzten damals zur Verfügung stand. E. HEISCHKEL-ARTELT schreibt: "CHRISTOPH W. HUFELAND, einer der berühmtesten Ärzte der Goethe-Zeit, ... hat in seiner Berliner Universitätsklinik nichts als einen Tisch, ein Sofa und einen Spirituskocher, um Urin zu kochen. 1842 schildert A. SIEBERT voll Stolz sein Handwerkszeug: hölzernes Stethoskop, Lupe, Sekundenuhr, einige Reagentien, Elektrometer." (15)

Wie sah die Geschichte des Krankenhauses aus, das später die Stätte medizinischer Forschung werden sollte?

Die Entwicklung führte vom Hospital, einer Pflegestätte für chronisch und unheilbar Kranke, über Militärhospitäler, in denen sich vor allem die Chirurgie weiterentwickelte, zu klinischen Einrichtungen, die man als Vorläufer der heutigen Universitätskliniken bezeichnen kann (34).

1714 hatte BOERHAVE die medizinischen Institute: theatrum anatomicum, laboratorium chymicum und hortus medicus um die Klinik, bzw. den klinischen Unterricht erweitert und die systematische Datenerhebung mit Anamnese und Therapiekontrolle eingeführt. (2)

Die Klinik, die anfangs eine Lehrveranstaltung ist, bekommt Assistenten und damit eine Weiterbildungsfunktion für Spezialisten. Um 1800 wird der Lehrstuhl für Chirurgie, Anatomie, Gynäkologie aufgeteilt. In Berlin habilitiert man sich bereits in Spezialbereichen. Mitte des 19. Jahrhunderts etablieren sich in Wien die klinischen Fächer. Die Pathologie (VIRCHOW!) wird Grundlage der klinischen Medizin. Die ersten Spezialfächer spalten sich ab, da durch die technische Entwicklung Untersuchungsmethoden aufkommen, die schwerer erlernbar sind und daher längerer bzw. konzentrierter Ausbildung bedürfen.

Das Bild eines Spezialisten, der zwischen 1830/40 geboren wurde, schildert EULNER so: "Nach der Approbation reist er, assistiert bei Koryphäen, läßt sich dann nieder und gründet eine eigene Klinik, bzw. habilitiert sich und gründet eine eigene Schule." (7)

Auf diese Entwicklung geht die Preußische Denkschrift "Die Spezialärzte in Preußen im Jahre 1904" ein: "Die Entwicklung der technischen und instrumentellen Spezialitäten, die außerordentliche Vermehrung des medizinischen Wissens infolge der exakten Forschung, überfluteten die nicht genug vorgebildete, etwas bequeme Ärztegeneration der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts und erzeugte das moderne Spezialistentum, welches bei der Überfüllung des ärztlichen Standes vielfach nach der geschäftlichen Seite hin ausartete." Die Mängel des Spezialistentums bestanden der Denkschrift nach auf moralischem und fachlichem Gebiet: Der Spezialist, z.T. nur ein 6-Wochen-Spezialist, konnte höhere Honorare verlangen als der Praktiker. Hatte er eine eigene Praxis, fürchtete der praktische Arzt die "Abwerbung" von

Patienten, wenn der Spezialist zu Konsultationen herangezogen worden war. Häufig diente die Bezeichnung "Spezialist" nur als Lockschild für Patienten, um die Praxis anzukurbeln und bei besserem Verdienst eine bequemere Berufsausübung zu haben. Den fachlichen Aspekt der Spezialisierung spricht die Denkschrift ebenfalls an: "Es tritt aber noch ein weiterer Mangel der heutigen Spezialistenausbildung in Erscheinung: Zahlreiche Spezialärzte verlieren sehr bald den Überblick über den Gesamtorganismus; sie beurteilen das erkrankte Organ ihres Spezialfachs und berücksichtigen zu wenig die Beziehung desselben zu anderen Organen, zu dem Stoffwechsel, zu der Ernährung, zum Gefäß- und Nervensystem. Die Folgen dieser Einseitigkeit sind Mißgriffe, welche nicht nur dem Arzt, sondern auch seinem Spezialfach zur Last gelegt werden. (Zitiert nach 7)

3.1.1.3. Ausbildung und Prüfungsordnungen

1869 wurde der Ärztestand in die norddeutsche Gewerbeordnung eingefügt, die nach der Reichsgründung 1871 allgemeine Gültigkeit erlangte. In ihr wurden die Beziehungen der Heilkunde zum Staat festgelegt. Sie war die Voraussetzung für die erste einheitliche Regelung der medizinischen Ausbildung. 1883 wurde die erste Prüfungsordnung erlassen. Sie sah ein 9-semesteriges Studium und die Erlangung der Approbation nach dem Staatsexamen vor. Voraussetzung für die Zulassung zum Studium war der Schulabschluß an einem humanistischen Gymnasium. Mit der neuen Prüfungsordnung von 1901 wurden auch Absolventen des Realgymnasiums und der Oberrealschulen zugelassen. Der Unterricht bestand aus 5 vorklinischen und 5 klinischen Semestern, vor der Approbation war ein praktisches Jahr abzuleisten. Der Kommentar dazu lautet: "Der zukünftige Spezialarzt wird sich, ehe er die spezialärztliche Ausbildung beginnt, in der allgemeinen Praxis daran gewöhnen, bei der Beobachtung des erkrankten Organismus den Kranken Menschen nicht außer acht zu lassen, den Gesamtorganismus in ausreichender Weise zu berücksichtigen und zugleich die Bedürfnisse der in der allgemeinen Praxis stehenden Kollegen zu würdigen." (Vgl. 7, 8)

Mit der Facharztordnung, die 1924 auf dem 43. Deutschen Ärztetag in Bremen beschlossen wurde, war das Lehrgebäude der Medizin unter Dach und Fach; bis 1970 wurden keine wesentlichen Änderungen mehr vorgenommen. Trotz der längst vorliegenden durchaus kritischen Preußischen Denkschrift fand die Problematik der Spezialisierung keine entsprechende Berücksichtigung bei der Regelung der Ausbildungsfragen.

LÜTH kommentiert diese Entwicklung folgendermaßen: "Im Zuge der Spezialisierung und des daraus folgenden konstruierten Gegensatzes von Natur- und Geisteswissenschaften verstand sich die Naturwissenschaft als gesellschaftsunabhängig, und die von ihr

umgestaltete Medizin sah von ihrer Berufsrealität hinfort ab. Präsentiert wurde im Aufbau der Fakultät der künftige Facharztkatalog. Wie in diesem ließ man die ärztliche Allgemeinpraxis, bis dahin normale Form ärztlicher Berufsauffassung, aus. Ein eigener Platz im neuen Forschungs- und Lehrgebäude wurde ihr nicht eingeräumt. Die Medizin verlor damit allmählich ihren Zuschnitt auf Allgemeinpraxis." (22)

Kommunikationstheoretisch stellt sich hier wiederum die Frage, welche Konsequenz diese Entwicklung für die Verständigung innerhalb der Ärzteschaft hat. Sicherlich stiftet ein einheitliches Ausbildungssystem ein gewisses Maß an Gemeinsamkeit für die jeweilige Berufsgruppe. Angesichts der zentrifugalen Tendenzen noch immer zunehmender Spezialisierung dürfte dieses gemeinsame Basiswissen jedoch kaum für eine reibungslose Verständigung ausreichen. MITSCHERLICH sieht vor allem drei Gruppen von Ärzten: Die Forscher und Lehrer, die Krankenhausärzte und die freipraktizierenden Ärzte, deren Orientierungen, Berufspositionen, Aufstiegsmöglichkeiten und Abhängigkeiten von Institutionen so verschieden seien, daß eine wirkungsvolle Kooperation nur auf der Erkenntnisgrundlage soziologischer Untersuchungen möglich werde. (25) Auch LÜTH stellt das einheitliche Studium als Garantie künftiger beruflicher Gemeinsamkeiten infrage: "Eine Homogenität der Gruppe wird, vor allem seitens der Ärzte selbst, unterstellt, bleibt aber nichtsdestoweniger problematisch. Ihre Orientierung ist nämlich widersprüchlich. Diese Widersprüchlichkeit wird von den Ärzten im allgemeinen nicht reflektiert, da die Universität, der sie ihre Ausbildung verdanken, infolge absehens von der Berufsausübung davon keine Notiz nimmt." (22)

Demgegenüber wirken die Schlußfolgerungen, die EULNER aus seiner Auseinandersetzung mit dem Spezialistentum zieht, euphemistisch: "Das heutige Bedürfnis nach Zusammenschau, nach Integration spezialistischer Einzelkenntnisse in größere Zusammenhänge (läßt) den Spezialisierungsprozeß des 19. Jahrhunderts fast als eine in sich abgeschlossene Entwicklungsphase erscheinen, auch wenn manche Fächer erst im 20. Jahrhundert zur äußerlichen akademischen Gleichberechtigung gelangten. An die Stelle einer gewissermaßen vertikal gerichteten Arbeitsteilung ist beim Entstehen neuer Disziplinen die horizontale Zusammenfassung getreten, so daß etwa das webtechnische Bild von Kette und Schuß als Vergleich dienen kann. Kreislauf-, Rheuma-, Krebsforschung, Gerontologie, Teratologie und andere mehr lassen sich nennen." Zur Unterstreichung

seiner These zitiert EULNER die Rede K.F. BURDACHS zur Eröffnung der Königsberger Anatomie 1817: "Das ist eben der Gang der Natur und des menschlichen Geistes, daß zuerst eine allgemeine Masse gegeben wird, daß das Ungleichartige sich scheidet in Einzelheiten und endlich die Beziehung alles einzelnen auf das große Ganze sich findet." (7)

In dieser Geschichtsschau wird zwar auf Probleme hingewiesen, die sich aus der historischen Entwicklung des Arztberufes ergeben, ihre Lösung aber wird vertrauensvoll von der Regenerationskraft der Heilkunst selbst erwartet. Das "Bedürfnis nach Zusammenschau" und nicht das nach Analyse und darauf aufbauender Veränderung kennzeichnet diesen medizingeschichtlichen Ansatz. Damit werden die im Zusammenhang mit der Spezialisierung auftretenden Probleme verharmlost und einer Diskussion, die zu ihrer Klärung beitragen könnte, entzogen. Es wird unterstellt, daß es trotz Entstehens neuer Disziplinen in quasi natürlicher Entwicklung schließlich doch zu Integration, zu "horizontaler Zusammenfassung" kommt.

Diese Haltung äußert sich in der angewandten Medizin etwa darin, daß Kooperation zwischen Ärzten verschiedener Fachbereiche als selbstverständlich angenommen wird; fehlt sie, wird das als Panne interpretiert, die in zufälligen, äußeren Störfaktoren oder allenfalls in menschlichem Versagen begründet ist.

3.2. Die Krise des Bezugssystems als Krise des Wissenschaftsbegriffs

Damit ein Kommunikationsprozeß in Gang kommen kann, muß nicht nur der Signalweg intakt sein, sondern müssen auch die Zeichen "verstanden" werden, d.h., der Zeichenvorrat des Empfängers muß eine genügende Anzahl von Elementen mit dem Zeichenvorrat des Senders gemeinsam haben. Die Verständigung wird umso besser sein, je größer dieser gemeinsam Zeichenvorrat - einschließlich der entsprechenden Inhalte -, je umfassender also das gemeinsame Bezugssystem ist.

In der Medizin wird dieses Bezugssystem von einer Nosologie gebildet, die die historische Entwicklung der Medizin widerspiegelt und in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts, einhergehend mit der zunehmenden naturwissenschaftlichen Orien-

tierung der Medizin, systematisiert wurde. (TH. v. UEXKÜLL weist am Beispiel "Sepsis" darauf hin, wie dauerhaft die in der Medizin eingebürgerten Begriffe sind, wie schwer sie sich ausmerzen lassen, auch wenn sich die ihnen zugrundeliegenden Vorstellungsinhalte geändert haben. (39))

Diese historisch gewachsene Krankheitslehre ist Verständigungsgrundlage für alle im Rahmen der institutionalisierten Medizin, der sog. Schulmedizin, ausgebildete Ärzte.

Für die vorliegende Arbeit interessieren nur diejenigen Entwicklungstendenzen, die die traditionelle Nosologie und damit das gemeinsame Bezugssystem, innerhalb dessen ärztliche Kommunikation stattfindet, infrage stellen.

Die Kritik, die an der Systematik und am Wissenschaftsbegriff der Medizin geübt wird, kommt aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen und geht dementsprechend von verschiedenen, jeweils spezifischen Fragestellungen aus. Gemeinsam ist diesen kritischen Ansätzen jedoch, daß sie das medizinische Begriffssystem, das pragmatischen Anforderungen bislang genügte, für nicht mehr tragfähig erachten. Es wird eine theoretische Fundierung der Medizin, eine Wissenschaftstheorie gefordert, die es ermöglicht, die Erkenntnisse neuer Fachgebiete, neue Erkenntnisse überhaupt, zu integrieren.

Im folgenden soll anhand von zwei als exemplarisch herausgegriffenen Fachbereichen die Problematisierung des herkömmlichen medizinischen Wissenschaftsbegriffs gezeigt werden.

Der eine Fachbereich ist die sog. "Computermedizin", der andere ist die "Medizin als soziale Wissenschaft". Es liegt auf der Hand, daß eine umfassende oder auch nur ausführlichere Darstellung dieser Fachbereiche nicht unternommen werden kann. Es sollen lediglich - wie im Zusammenhang dieser Arbeit allein nötig - die von diesen Fachbereichen ausgehenden markanten Fragestellungen zum medizinischen Wissenschaftsbegriff veranschaulicht werden.

Abschließend soll eine skizzenhafte Übersicht über die Problematisierung der diesen beiden Bereichen zugrundeliegenden medizinwissenschaftlichen Grundlagen gegeben werden, da es eine Hypothese der Arbeit ist, daß die gegenwärtigen Verständigungsschwierigkeiten innerhalb der Ärzteschaft nicht äußerlicher, technisch-organisatorischer Art sind, sondern ihre Wurzeln

in einer seit dem Ende des 19. Jahrhunderts sich abzeichnenden und noch immer nicht bewältigten Krise medizintheoretischer Systembildung haben.

3.2.1. Problembereich "Computermedizin"

Die Kritik, die von der "Computermedizin", einem naturwissenschaftlich-technisch orientiertem Zweig der Medizin, ausgeht, soll anhand der Ergebnisse eines Kolloquiums über Datenverarbeitung (1968) veranschaulicht werden (Vgl. 11, 31).

Programmatisch stellte GUSTAV WAGNER auf dieser Tagung folgende These auf: "Die moderne Medizin befindet sich mitten im Übergang von einer eskriptiven, vorwiegend qualitativen Erfahrungslehre zu einer analytischen, weitgehend quantitativ objektivierenden Wissenschaft. Biochemie, Biophysik und Biotechnik haben diese Entwicklung eingeleitet; die elektronische Datenverarbeitungsanlagen werden sie weiter fördern und die Medizin von morgen auf eine exaktere naturwissenschaftliche Basis stellen."

Hieraus spricht die Hoffnung, daß die Anforderungen, die die Datenverarbeitungsanlagen an die Systematik der Medizin stellen, eine evolutionäre Wirkung ausüben und der in der Medizin angelegten Naturwissenschaftlichkeit zu vollem Durchbruch verhelfen.

Es soll hier nicht erörtert werden, inwieweit das ein wünschenswertes oder erreichbares Ziel ist (auch nicht, welches Verständnis von Naturwissenschaft hier zugrunde liegt), sondern welche Schwierigkeiten die traditionelle Nosologie einer systematischen Aufarbeitung durch die Computermedizin entgegensetzt.

Unter der Überschrift "Eine herausfordernde These", nimmt PROPPE auf derselben Tagung zu dieser Frage Stellung: "Die konventionelle Diagnostik ist antiquiert. Man muß sie aus dem Wege räumen. Was wir in der ärztlichen Praxis nämlich als Diagnose bezeichnen, ist seiner Natur nach ein terminus technicus. Inwieweit die jeweils zusammen gruppierten, immer sehr komplexen Tatsbestände als eine diagnostische Einheit eigener Art aufgefaßt werden, ist dabei rein pragmatisch bestimmt. Es handelt sich um zeitbedingte, daher auch bei gewandelten Ansprüchen sich ändernde Konventionen. Ein definierter Bezug auf ein geschlossenes System einer medizinischen Theorie fehlt. Er allerdings wäre die Voraussetzung für das Traummodell einer Computardiagnostik". Die gängigen Vorstellungen, die nach PROPPE mit

der Möglichkeit des Einsatzes von Computern verknüpft sind, sind an dem in Lehr- oder Handbüchern gespeicherten medizinischen Wissen orientiert, das - diesen Vorstellungen gemäß - lediglich auf Datenspeicher zu übertragen wäre. Die Voraussetzung für ein derartiges Modell einer automatisierten Diagnostik wäre nach PROPPE jedoch die Anerkennung der Lehre von den Krankheitseinheiten, die sich durch bestimmte Merkmale oder Merkmaleinheiten eindeutig erkennen lassen. Aber: "Einen systematischen Krankheiten-Katalog, wie man ihn für die Verwirklichung unserer Computerdiagnostik benötigte, mit 'Symptoms' und 'Signs', mit 'harten' und 'weichen' Daten, mit deren Bedeutungscharakteristik, ob normal oder krankhaft, spezifisch oder allgemein, vorübergehend oder unveränderlich ... einen Krankheiten-Katalog überhaupt mit den Kriterien zu der für unerlässlich gehaltenen Unterscheidung von Symptomen und Krankheitseinheiten gibt es bisher noch gar nicht. In Bezug auf die logischen Operationen eines diagnostischen Vorgangs, wie sie beim Versuch einer Programmierung schonungslos offenbar werden müssen, erscheint unser Lehrbuchwissen unsystematisch, willkürlich, äußerst lückenhaft, voll von Zufälligkeiten." (31)

So wirft die Computerdiagnostik die Frage auf, was eigentlich diagnostiziert werden sollte: einzelne Symptome, Symptomkomplexe oder voneinander unterschiedene Krankheitseinheiten. Auch nach den Modellvorstellungen der Systemtheorie werden Krankheiten nicht mehr als Entitäten aufgefaßt, sondern als Störungen des Eingepaßtseins eines Subjekts. Dieses Subjekt stehe über eine Skala von Integrationsstufen mit der Umwelt in Wechselbeziehung, wobei Störungen auf jeder Ebene des Systems auftreten könnten. (39)

Je genauer die medizinischen Grundbegriffe analysiert werden - und das ist für ihre Verwendbarkeit in der Computermedizin Voraussetzung -, desto vieldeutiger und verschwommener stellen sie sich dar.

Dieser Zweifel an der Objektivierbarkeit von "Krankheit" wird auch durch den Normbegriff nicht beseitigt. Diesem zufolge definiert sich Krankheit als Abweichung von medizinischen Parametern, Bezugsgrößen, die sich als statistische Mittelwerte aus Reihenuntersuchungen ergeben. Die Normbegriffe sind aber mit den Durchschnittswerten nicht identisch, sondern bilden sich durch Auslegung und Anwendung derselben, stehen also zu geschichtlich-gesellschaftlichen Wertungen einer Zeit in Beziehung. (21, S. 114)

Diesen Annahmen zufolge dürfte sich die Hoffnung der naturwissenschaftlich orientierten Mediziner, die Verwendung von Computern brächte quasi von selbst, ja geradezu zwangsläufig, eine Systematisierung und "Objektivierung" der Medizin mit

icht erfüllen. Eher ist anzunehmen, daß unter dem Zusammenbruch der logisch operierenden Datenanlagen die traditionelle Medizin zerbröckelt. Eine wichtige Funktion der "Computer-Medizin" könnte mithin darin bestehen, das Unbehagen an der überkommenen Nosologie zu verdeutlichen, bewußtzumachen, und durch die von ihr aufgenommenen Denkansätze aus der Systemtheorie zu einem neuen Wissenschaftsbegriff, das heißt aber im Zusammenhang dieser Arbeit: zu einer tragfähigeren Verständigungsgrundlage beizutragen.

3.2.2. Problembereich: "Medizin als soziale Wissenschaft"

Im folgenden soll anhand von Stellungnahmen zu den Aufgaben einer sozialen Medizin gezeigt werden, welche grundsätzlich verschiedenen wissenschaftspolitischen Vorstellungen damit verknüpft sind, und welche Konsequenzen für die "Einheit der Medizin" sich daraus ergeben könnten.

"Wenn die Krankheit der Ausdruck des unter ungünstigen Bedingungen verlaufenden Einzel Lebens ist, so müssen Seuchen das Anzeichen großer Störungen des Massenlebens sein. Jedesmal, wenn sich viele unter gleichen nachteiligen Verhältnissen befinden, wird auch die Krankheit an vielen auftreten, sie wird en- oder epidemisch sein." (16, S. 174)

Mit diesem Satz - so hebt W. JACOB hervor - begründet VIRCHOW Medizin als soziale Wissenschaft. Was VIRCHOW darunter versteht, geht aus seinen "Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhusepidemie" (1849) hervor.

Voller Entsetzen, daß derartige soziale Zustände, wie er sie in Oberschlesien angetroffen hatte, in einem Staat wie Preußen möglich waren, kehrt VIRCHOW nach Berlin zurück, um beim Sturz eines Staatswesens mitzuhelfen, dem er die Schuld an der ungeheuren Summe von Elend zuschreibt. Die Aufgabe, vor die er sich als Arzt gestellt sieht, besteht weniger in der Versorgung dieser oder jener Typhuskranker mit Medikamenten, Nahrung, Kleidung und Wohnung, sondern in der Änderung der "Kultur", man könnte auch sagen: der geschichtlich-gesellschaftlichen Lage von 1 1/2 Millionen Bürgern, die sich auf der "untersten Stufe moralischer und physischer Gesundheit befinden". Er folgert daraus, daß eine vernünftige Staatsverfassung das Recht des Einzelnen auf gesundheitsmäßige Existenz feststellen, und die Exekutivgewalt durch Vereinbarung mit den einzelnen Klassen von Staatsangehörigen dieses Recht auch durchsetzen müsse. (Zitiert nach 16, S. 176)

So begnügte sich VIRCHOW nicht, epidemiologische Zusammenhänge aufzuzeigen, sondern zog politische Konsequenzen daraus. Seinen Standort als Wissenschaftler umreißt er folgendermaßen: "So ist es nur consequent, daß mein medicinisches Glaubensbekenntnis in mein politisches und sociales aufgeht. Als Naturforscher kann ich nur Republikaner sein, denn die Verwirklichung der Forderung, welche die Naturgesetze bedingen, welche aus der Natur des Menschen hervorgeht, ist nur in der republikanischen Staatsform wirklich durchführbar. (Zitiert nach 16, S. 178)

Wo die "Medizin als soziale Wissenschaft" - soweit sie im Rahmen der Schulmedizin institutionalisiert ist - heute ihre Arbeitsbereiche sieht, soll anhand des Kataloges gezeigt werden, den H. SCHAEFER für die Aufgaben einer künftigen Sozialmedizin aufstellt, und der auf den Vorstellungen des wissenschaftlichen Beirats des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung von 1967 basiert. Zusammengefaßt enthält dieser Katalog folgende Gesichtspunkte:

1. Objektivierung der sozialen Einflüsse auf den Menschen durch soziologisch orientierte Forschung an großen Kollektiven.
2. Erforschung der multifaktoriellen Ursachen von Krankheiten ebenfalls mit statistischer Analyse an Kollektiven.
3. Erforschung des durch das Versicherungsrecht veränderten Verständnisses von Krankheit; Analyse des Begriffs "Krankheit" und der Leistungsfähigkeit, der Krankenstände und Invalidisierungsprobleme.
4. Kosten-Nutzen-Analyse des Systems "Medizin".
5. Prüfung des "Wünschbaren" in der Medizin auf Realisierbarkeit und Kosten.
6. Untersuchung der Effizienz des derzeitigen Systems der Medizin, bzw. der Diskrepanz von Theorie und Praxis in den Strukturen des Gesundheitswesens.
7. "Globalkritik" der Medizin, ihres Vorgehens, ihrer wissenschaftlichen und praxisbezogenen Strukturen im Hinblick auf ihre gesellschaftliche Verflechtung und ihren sozialen Nutzen (35, S. 95).

Es soll hier nicht auf die Schwierigkeiten eingegangen werden, die sich sowohl im Deutschen als auch im Angelsächsischen bei der Definition des Gebiets "Sozialmedizin" und vor allem bei

seiner Abgrenzung gegenüber der "Medizinsoziologie" ergeben haben (37, S. 6). Zur Verdeutlichung des wissenschaftlichen Standorts, den die Sozialmedizin in Deutschland einnimmt, sei jedoch die ausschließliche Definition von H. SCHAEFER/M.BLOHMKE angeführt, welcher, da SCHAEFER zu dieser Zeit Präsident der "Gesellschaft für Sozialmedizin" war, Repräsentativität und politische Bedeutung zukommt.

SCHAEFER schreibt: "Eines ist Sozialmedizin gewißlich nicht: sie ist keinesfalls ein politisches Programm zur Änderung der politischen Struktur der ärztlichen Versorgung, der ärztlichen Praxis oder gar der Gesellschaft, wenngleich ihre Ergebnisse dem Politiker nicht selten helfen können, die Möglichkeiten und Tragfähigkeiten seiner politischen oder standespolitischen Konzepte abzuschätzen. Aber diese Eigenschaft teilt die Sozialmedizin mit allen anthropologischen Wissenschaftszweigen." (35, S. 97)

Mit dieser ausdrücklichen Trennung von wissenschaftlichem und politischem Bereich, von Erkennen und Handeln, ist ein Standpunkt bezogen, der im Gegensatz zu dem von JACOB herausgearbeiteten, Wissenschaftsverständnis VIRCHOWs steht. Von einer kritischen Gesellschaftstheorie herkommend, beanstandet LÜTH in eben der Tradition VIRCHOWs, daß Sozialmedizin, wie sie die oben zitierte Definition kennzeichnet, auch wenn sie eine andere Betrachtungsweise in die Medizin einführt, auf der Ebene traditioneller Wissenschaft bleibt: "...wesentlich deskriptiv, auch interpretativ, jedoch stets bemüht, das Fazit durch andere ziehen zu lassen, die der eigenen Wissenschaft nicht unmittelbar verpflichtet sind." (21, S. 266)

LÜTH sieht im Ansatz einer sogenannten "sozialen Medizin" die Chance der Veränderung sowohl der Medizin als auch der Gesellschaft. Diese Humanisierung setze allerdings voraus, daß der wissenschaftliche Neutralismus aufgegeben werde. Vertreter dieser sozialen Medizin wären diejenigen Ärzte, die sich nicht scheuten, die Konsequenzen aus den Erkenntnissen ihres Fachgebiets zu ziehen.

So haben sich innerhalb der Sozialmedizin zwei Lager mit gegensätzlicher wissenschaftspolitischer Orientierung gebildet, wobei SCHAEFER und LÜTH hier als deren Exponenten gesehen werden. Ihre Positionen sind dabei nicht als individuelle Standpunkte,

sondern in ihrer Verknüpfung mit der Problemgeschichte der Medizin von Interesse. So steht SCHAEFER in der Tradition der naturwissenschaftlich, empirisch-analytisch orientierten Medizin, während LÜTH sich auf ein Wissenschaftsverständnis berufen kann, das die Kategorien Gesellschaft und Geschichte noch nicht eliminiert hatte und das insbesondere durch VORCHOW repräsentiert wird. (Beide Standpunkte können überdies im Zusammenhang einer Diskussion gesehen werden, die als sog. "Positivismusstreit" grundsätzlich wissenschaftstheoretische Positionen markierte. Vergleiche dazu: Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie; Berlin, Neuwied, 1969). Bedeutung für die "Einheit der Medizin" - und das meint im Zusammenhang dieser Arbeit: für die Errichtung einer gemeinsamen Verständigungsgrundlage - könnte diese wissenschaftstheoretische Auseinandersetzung dann gewinnen, wenn sie nicht vorzeitig mit wirtschafts- bzw. machtpolitischen Interessen verknüpft wird, wie das durch eine Diskussion auf standespolitischer Ebene nahegelegt wird. An den Ausbildungsstätten dagegen, den Universitäten, Instituten und Krankenhäusern, könnte eine Theoriediskussion zur Klärung des medizinischen Wissenschaftsbegriffs beitragen und so hinsichtlich des Bezugssystem integrierend wirken.

3.2.3. Problematisierung der medizinischen Grundlagenbegriffe

Wie oben angedeutet, ist sowohl die Problematik der "Computermedizin" als auch die Spaltung innerhalb der Sozialmedizin das Ergebnis einer medizinwissenschaftlichen Entwicklung, die sich Ende des vorigen Jahrhunderts anbahnte und zu einem Wissenschaftsverständnis führte, das ausschließlich empirisch-analytisch orientiert war. Indem sich die Medizin mit zunehmender Anwendung naturwissenschaftlicher Methoden mehr und mehr selbst als Naturwissenschaft verstand, wurde sie nicht nur von der Auseinandersetzung um das Selbstverständnis der Naturwissenschaften betroffen, sondern geriet auch in Schwierigkeiten, neue Fachgebiete mit nicht naturwissenschaftlicher Methodik zu integrieren. Diese Entwicklung soll im folgenden zunächst anhand der Problematisierung des Naturbegriffs,

wie ihn JACOB herausgearbeitet hat, skizziert werden. Während der Medizin des 19. Jahrhunderts Begriffe wie "Gestalt", "Leben", "Mensch", "Gesellschaft" und vor allem "Geschichte" noch vollgültig zugehörten, wurden sie mit dem sich ändernden Selbstverständnis der Naturwissenschaften aus der Medizin eliminiert. Die Konsequenzen, die sich daraus z.B. für die Sozialmedizin ergaben, stellt JACOB folgendermaßen dar:

"Unter anderm hat zu Beginn des 20. Jahrhunderts auch innerhalb der Medizin die Reduktion des Naturbegriffs auf nur Zähl- und Meßbares zu einer Aporie der Grundlagenwissenschaften, also auch der einer allgemeinen Krankheitslehre oder theoretischen Pathologie, wesentlich beigetragen, durch welche beispielsweise die Sozialmedizin in ausweglose Schwierigkeiten geriet. Denn in Ermangelung einer eigenen erkenntnistheoretischen Fundierung sah sich diese fortan veranlaßt, wenigstens die unmittelbaren und unreflektierten Beziehungen zu den benachbarten medizinischen Fächern aufrechtzuerhalten, ohne jedoch auf diesem Wege über die Ansätze einer notdürftigen empirischen Verständigung wesentlich hinauszugelangen." (16, Einleitung)

VIRCHOWS Verständnis von Krankheit schließt noch Begriffe wie: Bedeutung, Gefahr, Entscheidung mit ein, obwohl er mit den Methoden der Naturwissenschaft, " ... auf dem Boden der Erfahrung und des Experimentes", zu den "allgemeinen Formen der Störungen" zu gelangen sucht, die das Krankheitsbild ausmachen. "Es ist der Charakter der Gefahr, welcher den krankhaften Vorgängen ihr eigentümliches Gepräge gibt; demnach die Größe oder Gewalt der Störung und die größere Schwierigkeit der Ausgleichung ... Derselbe Vorgang kann, ja man möchte fast sagen, muß physiologisch und pathologisch sein; dieselbe Störung, dieselbe Ausgleichung kann innerhalb der physiologischen Breitengrade erfolgen ... Ob etwas krankhaft sei oder nicht, kann daher oft zweifelhaft sein, und wir können unsere Entscheidung nur nach der Bedeutung, welche ein Vorgang für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit einzelner Teile oder des Körpers überhaupt gewinnt, abmessen." (Hervorhebung G.K. (Zitiert nach 16, S. 115))

Mit dem Begriff "Bedeutung" wird die geschichtliche Dimension des Krankheitsbegriffs angesprochen, die nicht durch Aberration von medizinischen Parametern, sondern durch zeit- und kulturabhängige Interpretation gekennzeichnet ist.

Nach dem Tode von HELMHOLTZ und VIRCHOW reduziert sich der bis dahin mit natur- und geisteswissenschaftlicher Erkenntnis angereicherte Naturbegriff auf das Zähl- und Meßbare:

"... auch der Mensch (wird) Gegenstand der reinen Naturwissenschaften, reines Objekt zähl- und meßbarer Analysen, und die Gesellschaft wie die Psychologie lösen sich auf in statistisch analysierbare Phänomene." (Zitiert nach 16, S. 216)

Die Bedeutungsänderung der Begriffe "Objektivität" und "Wissenschaftliche Wahrheit" geht dann von der Disziplin aus, die die Entwicklung der "exakten Naturwissenschaft" am weitesten vorangetrieben hat, von der Physik:

"Das Ziel der Forschung ist (also) nicht mehr die Erkenntnis der Atome und ihrer Bewegung "an sich", d.h. abgelöst von unserer experimentellen Fragestellung; vielmehr stehen wir von Anfang an in der Mitte der Auseinandersetzung zwischen Mensch und Natur, ... so daß die landläufigen Einteilungen der Welt in Subjekt und Objekt, Innenwelt und Außenwelt, Körper und Seele nicht mehr passen wollen und zu Schwierigkeiten führen. Auch in der Naturwissenschaft ist also der Gegenstand der Forschung nicht mehr die Natur an sich, sondern die der menschlichen Fragestellung ausgesetzte Natur, und insofern begegnet der Mensch auch hier wieder sich selbst." Die Erkenntnis, daß der Zugriff der Methode ihren Gegenstand verändert, daß die Methode nicht mehr von ihrem Gegenstand zu trennen ist, bedeutet: "Das naturwissenschaftliche Weltbild hört damit auf, ein eigentlich naturwissenschaftliches zu sein." (14, S. 21)

Medizin als Naturwissenschaft wird aber noch von einer anderen Seite her infrage gestellt: von den qualitativ neuen Fächern wie Medizinische Soziologie und Medizinische Psychologie, Sozialmedizin und Psychotherapie, die in die neue Approbationsordnung aufgenommen wurden. Die Fragestellungen, die mit diesen Fächern in die Medizin Eingang gefunden haben, provozieren durch die ihnen zugehörige Begrifflichkeit eine Erörterung medizinischer Probleme auch unter gesellschaftstheoretischen Aspekten.

In einer Auseinandersetzung mit den Problemen der Mediziner- ausbildung und der Curriculumforschung fragt A. SCHULLER, was medizinische "Praxis" eigentlich sei. Diese Frage, meint er, bedürfe einer theoretischen wie einer empirischen Klärung: "Die Notwendigkeit der medizinischen Ausbildung auf die Praxis wird von niemandem bestritten. Eine Analyse dieser Praxis aber und die aus dieser Analyse zu ziehenden Konsequenzen für eine Neustrukturierung der Medizin-Ausbildung wäre eine der Hauptfragen der soeben in der Medizin eingeführten sozialwissenschaftlichen Fächer."

Die andere Frage, die SCHULLER in diesem Zusammenhang stellt, heißt: "Was ist in der Medizin eigentlich "Wissenschaft"? Gerade in der Medizin und da vor allem im Bereich der sozialwissenschaftlichen Fächer sei eine wissenschaftstheoretische und wissenschaftspolitische Klärung dringend nötig. (36, S. 535)

Das Verhältnis von Theorie und Praxis ist am intensivsten in der Soziologie und da im besonderen im sog. "Positivismusstreit" diskutiert worden. Es geht dabei, verkürzt gesagt, um die Frage, welches das Verhältnis von Wissenschaft zu Geschichte und Gesellschaft sei. Oder anders formuliert: welche Funktion die Wissenschaften insbesondere die Sozialwissenschaften in der Gesellschaft haben - eine ausschließlich deskriptive, empirisch-analytische oder auch eine kritische, verändernde.

Es kann hier nicht auf die verschiedenen wissenschaftstheoretischen Ansätze zu diesem Problembereich eingegangen werden. Von Seiten der Medizin aus, für die sich aus konkretem Anlaß die Frage stellt: Was ist Wissenschaft, was ist Praxis? kann eine Grundlegendiskussion jedoch nicht geführt werden, ohne daß diese von den Gesellschaftswissenschaften herausgearbeiteten wissenschaftstheoretischen Positionen berücksichtigt werden.

Die Fortschritte auf medizinisch-technischem Gebiet bedeuten nur dann eine Zunahme der Qualität medizinischer Versorgung, wenn darüber die Fragen der Patientenbetreuung nicht in den Hintergrund gedrängt werden. Um diese Probleme, zu denen insbesondere der Bereich zwischenärztlicher Kommunikation und Kooperation gehört, diskutieren und angehen zu können, bedarf es eines gemeinsamen medizinwissenschaftlichen Bezugssystems. Die Erarbeitung einer medizinischen Wissenschaftstheorie ist mithin nicht von "akademischem" sondern von praktischem Interesse, worauf auch die Aufnahme der soziopsychologischen Fächer in den Ausbildungskatalog hinweist.

4. Das Kommunikaté: Der Arztbrief in normativer Sicht

Da sich die vorliegende Untersuchung auf die Kommunikationsprozesse zwischen Klinik und Praxis beschränkt, interessiert hier vor allem die klinische Berichterstattung an den niedergelassenen Arzt. Dieser klinische Befundbericht, allgemein als "Arztbrief" bezeichnet, wird als schriftlich-sprachliche Informationsübermittlung auch künftig für mehr formalisierte Modi der Kommunikation (computer-erstellte und -ausgedruckte

Berichte, direkt über ein Terminal abrufbare Informationen, Formularvordrucke etc.) Orientierungsgrundlage bleiben. Es gibt eine Monographie über den Arztbrief von NEUMANN-MANGOLDT, (26) auf die im folgenden eingegangen wird. Daß es darüberhinaus nur gelegentliche Bemerkungen in medizinischen Lehrbüchern und einige kleinere Artikel in Fachzeitschriften (23, S. 28; 17, S. 27; 5, S. 2168 ff.) gibt, ist erstaunlich schon allein angesichts der Tatsache, daß die Abfassung des Befundberichts zu den regelmäßig anfallenden Arbeiten gehört, die für Ärzte und Sekretärinnen einen erheblichen Zeitaufwand bedeuten. Es scheint dabei eine Einstellung eine Rolle zu spielen, die sich, überspitzt formulierte, etwa so wiedergeben läßt:

"Ein guter Arzt wird einen guten Arztbrief schreiben, ein schlechter, einen schlechten. Falls junge, also noch unerfahrene Ärzte schlechte Arztbriefe schreiben, ändert sich das, sobald sie an Erfahrung gewinnen. Ein guter Arztbrief soll natürlich alles wichtige und nur das Wichtige enthalten." Es wird dabei weder zur Diskussion gestellt, was ein "guter" Arztbrief, bzw. das "Wichtige" sei (ganz abgesehen davon, was ein "guter" Arzt sei), noch wird berücksichtigt, daß der Arztbrief ein spezifisches, in der Ausbildung bisher nicht berücksichtigtes, Mittel der Patientenbetreuung ist. Es liegt die Vermutung nahe, daß obige Argumentation von einem charismatischen Verständnis des Arztberufes ausgeht, demzufolge zwar medizinisch-technische Fertigkeiten, nicht aber "Arztsein" lehrbar und lernbar sind. NEUMANN-MANGOLDT unternimmt es, Kriterien für einen - seiner Meinung nach - "guten" Arztbrief herauszuarbeiten und mit Beispielen aus den verschiedenen Fachgebieten zu belegen. Dabei zeigt seine Auswahl historischer Arztbriefe, welche Vielfalt der Darstellungsweisen der ärztliche Schriftverkehr einst aufwies. Das Problem, was denn nun eigentlich heute den "guten" Arztbrief ausmache, gewinnt dadurch an Komplexität, daß der Arztbrief in den allermeisten Fällen nicht mehr wie früher Gespräch zwischen einander bekannten Kollegen ist, sondern Berichterstattung der Institution "Klinik" an die Institution "Praxis".

In dem Kapitel "Die Schwierigkeiten im ärztlichen Schriftwechsel" geht NEUMANN-MANGOLDT auf die Zusammenarbeit zwischen

Hausarzt einerseits und Facharzt oder Klinikarzt andererseits ein, wobei er auf die ungleiche Rollenverteilung hinweist: der Hausarzt beginne zwar üblicherweise den Schriftwechsel bei der Überweisung, äußere sich jedoch meistens so knapp und ungenügend, daß der ausführliche Abschlußbericht des Klinik-
arztes gleichsam ein Monolog sei. Die Abfassung des Berichtes stelle den Klinikarzt vor die schwierige Aufgabe, die Befunde zu ordnen und zu beurteilen und das Krankheitsbild noch einmal kritisch zu überdenken.

Das Kapitel "Der Brief aus der Sicht des praktischen Arztes" behandelt die berufspraktische und psychologische Situation des niedergelassenen Arztes (vgl. "Lehrer-Schüler-Verhältnis" nach BALINT) und die Möglichkeiten, die sich von Seiten des Praktikers aus für die Verständigung mit dem Klinik- oder Facharzt ergeben: Klare und begründete Überweisung, Vorschläge und Wünsche an den Fach- bzw. Klinikarzt sicherten dem Praktiker das Recht der Mitsprache.

Außerdem wäre es für eine Verständigung förderlich, den Arztbrief vom Überweisungsschein zu trennen und dem Kliniker auf Vordrucken, Kurvenblättern oder den eigenen Karteikarten die wichtigsten Informationen zugehen zu lassen.

Seine Vorschläge zum Aufbau des klinischen Befundberichts entsprechen dem heute allgemein angewandten Schema: Anamnese, Befund, Diagnose, Therapie und Beurteilung.

Im Abschnitt Anamnese weist NEUMANN-MANGOLDT darauf hin, daß die routinemäßige Erwähnung des Überweisungsgrundes, falls dieser durch die klinische Diagnostik nicht bestätigt wird, den Praktiker leicht brüskieren könne. In den Arztbrief gehörten nur diejenigen anamnestischen Daten, die für das zur Diskussion stehende Krankheitsbild von Bedeutung seien. Das könnten bei funktionellen Beschwerden auch Hinweise auf "Persönlichkeitsmerkmale" und "besondere Lebensumstände" des Patienten sein. Die Klagen des Patienten müßten ernstgenommen und vor allem müsse darauf hingewiesen werden, falls die Untersuchungsbe-
funde die Beschwerden nicht hinreichend erklärten.

Zur Darstellung des Berichtteils "Befund" schreibt NEUMANN-MANGOLDT: man könne wohl von der stillschweigenden Übereinkunft ausgehen, daß nicht erwähnte Befunde bedeutungslos seien. Auf die Frage der Unterscheidung zwischen Befundschil-

derung und Interpretation läßt sich HANS FRANK (Winke zur Abfassung des Befundberichts) ausführlich ein: Die Berichterstattung vollziehe sich in drei Stufen: (1.) in der Deskriptionsphase würden die von der Norm abweichenden Befunde gekennzeichnet, um danach (2.) vom Standpunkt der jeweiligen fachärztlichen Kenntnisse aus bewertet zu werden, was FRANK als die "an das Substrat gebundene Deutung" bezeichnet. Unter Berücksichtigung von Anamnese und klinischem Befund werde (3.) die klinische Diagnose" gestellt. Fehler könnten u.a. bei der Abfassung des Befundberichts dadurch entstehen, daß der Organbefund zwar richtig beschrieben (1. Stufe) und bewertet (2. Stufe), wegen der Mehrdeutigkeit der Unterlagen aber eine falsche endgültige Diagnose zustande komme. (10)

Zur "Diagnose" meint NEUMANN-MANGOLDT: "Mancher Arztbrief würde mit leichterer Hand, mit besserem Gewissen geschrieben werden, wenn nicht, wie es häufig der Fall ist, das Vorurteil bestehen würde, daß der Bericht eine Lehrbuchdiagnose enthalten müsse." Ein unklarer Befund gehöre deutlich als solcher gekennzeichnet. Außerdem weist der Autor auf die verschiedenartige Funktion der Diagnose gegenüber Patienten, Fachkollegen oder Behörden hin, was bedeutete, daß dasselbe Krankheitsbild verschiedene Etiketten bekommen könne.

Während der Gesichtspunkt "Therapie" im referierenden Teil zu meist unproblematisch sei, müsse bei den Therapievorschlägen berücksichtigt werden, daß der Praktiker mit umständlichen oder kostspieligen therapeutischen Maßnahmen in Schwierigkeiten gerate. Werde eine nicht alltägliche Therapie empfohlen, sei der Praktiker für einen "Fortbildungskurs" sicher dankbar. In der abschließenden "Beurteilung", falls diese überhaupt gesondert nötig sei, könne der Arzt zu den Gesichtspunkten: Prognose, Arbeitsfähigkeit, Kontrolluntersuchungen und Informiertheit des Patienten über die Art seines Leidens, Stellung nehmen. NEUMANN-MANGOLDT geht schließlich auf die sprachliche Gestaltung des Arztbriefes ein, beschränkt sich jedoch darauf, auf allgemeine stilistische Kriterien hinzuweisen, wie sie z.B. LUDWIG REINERS (32) herausgearbeitet hat.

Kritische Stellungnahmen zum Inhalt des Arztbriefes finden sich bei BALINT, der im Zusammenhang mit der psychiatrischen Anamnese von der Schwierigkeit spricht, Kriterien für die Bedeutung

der erhobenen Daten (wie z.B. Konstitutionsmerkmale, Erbanlagen etc.) zu finden, was zu dem angstbesetzten Grundsatz führe: je mehr Daten, desto besser und desto sicherer. (3)

G.PAAL spricht von dem "Sicherheitsbedürfnis" des Arztes, sich auf Kriterien zu stützen, die objektiv registrierbar sind. Der Untersucher neige dazu, den sich ständig verfeinernden und belegbaren (!) Registriermethoden absolute Zuverlässigkeit zuzuschreiben, der gegenüber die mit den eigenen fünf Sinnen gewonnenen Untersuchungsergebnisse an Bedeutung und vor allem an "Sicherheit" zurückträten. "Es wird leichter verziehen, eine pathogene Situation eines Patienten übersehen zu haben, als etwa einen Gallenstein." (27)

Hier wird der Arztbrief kritisch in Verbindung gebracht mit einem positivistischem Wissenschaftsverständnis, das eher an Daten als an Interpretationen orientiert ist.

In diese Richtung zielt auch eine Stellungnahme von TH. v. UEXKÜLL: "Wenn dem Arztbrief die Aufgabe zukommt, Hilfsmittel zur optimalen Betreuung der Kranken zu sein, so kann dieses Ziel nur erreicht werden, wenn der Arztbrief ein Gegengewicht gegen eine lediglich naturwissenschaftliche und damit fragmentarische Auffassung der Krankheit bildet. Ein solches Gegengewicht kann nur in der ständigen Orientierung am kranken Menschen und im Bemühen, ihm zu helfen, gefunden werden. So betrachtet, ist die Anstrengung, einen guten Arztbrief zuwege zu bringen, auch eine Arbeit des Arztes an sich selbst und ein Beitrag für die Medizin seiner Zeit." (39)

Auf das Kommunikationsverhalten gehen BRAUN und RAINER ein mit der Frage, warum ein so hoher Prozentsatz von niedergelassenen Ärzten auf ihren Überweisungsscheinen keine oder nur ungenügende Angaben über den Patienten und seine Krankheit machten.

BRAUN fragt: "Während der Krankenhausausbildung fielen den angehenden Praktikern doch Informationsmängel auf. Aus welchen Gründen verhalten sie sich nach ihrer Niederlassung ebenso wie die früher von ihnen Kritisierten?" Er kommt zu dem Schluß, daß die an der klinischen Medizin orientierten und in der Allgemeinmedizin nicht genügend unterrichteten niedergelassenen Ärzte Anpassungsschwierigkeiten hätten und mit ihrem eigenen Tun unzufrieden seien, mithin auch ungern detailliert darüber berichteten. Diese Folgen eines medizinischen Ausbildungs-

mangels betonten die Notwendigkeit, die medizinische Erziehung durch einen berufstheoretischen und psychologischen Unterricht zu ergänzen (4 a, S. 350)

Die Aversion von Klinikärzten gegen die Abfassung von Arztbriefen und Korrespondenzen mit Behörden (z.B. anlässlich von Berentungs- und Sozialhilfe-Verfahren) erklärt ENGELHARDT damit, daß sie den Patienten nach seinem Krankenhausaufenthalt betreffen: "Da die Ärzte ihre Aufgabe vor allem darin sehen, den Patienten in der Klinik fachspezifisch zu untersuchen, begegnen sie jeder Erweiterung ihres Aufgabenbereichs um soziale oder persönliche Komponenten abweisend." (6)

Im Zusammenhang einer Kritik des Klinik-Praxis-Verhältnisses schreibt MITSCHERLICH: "Unleugbar bleibt, daß eine aus vielen Quellen gespeiste Krise des ärztlichen Berufs in seiner wissenschaftlichen Grundorientierung, im System seiner Erziehung und in den Binnenkommunikationen der einzelnen Arztgruppen (Hervorhebung G.K) besteht. Soziale Forschung könnte die Störungsquellen deutlicher machen; sie könnte ihre Auswirkungen in einem wechselseitigen Bedingungszykel verfolgen und damit denen, die im ärztlichen Beruf stehen, helfend beispringen." (25, S. 51)

Abschließend sei noch auf das Verhältnis von "Sprache" zu "Handeln" eingegangen, da ja die Abfassung des Arztbriefes kein Verwaltungsakt bei der Entlassung, sondern eine ärztliche Handlung sui generis ist.

Dazu ein Zitat von LÜTH: "Sprache ist, wie dem Arzt zu wissen notwendig ist, nicht einfach Werkzeug oder Signalsystem, sondern geformte und dadurch wieder formende Vermittlung Nur innerhalb der Sprache kann er über die Sprache handeln. Das ist notwendig, weil er nur innerhalb der Sprache sich zu den Dingen - und sich selbst verhält. Der Arzt ist aufgerufen, Widerstand zu leisten gegen die Tendenzen, die den Menschen dahin drängen, aufzuhören mit dem Sprechen, weil sie die Sprache in Formeln auflösen." (22) Auf "Sprache" als Ausdruck eines um die Subjektivität verkürzten Wissenschaftsverständnisses weist ADORNO hin: "Die stilistische Nachlässigkeit vieler Szientisten verrät verdingliches Bewußtsein. Weil Wissenschaft dogmatisch zu einer Objektivität gemacht wird, die nicht durch das Subjekt hindurchgegangen sein soll, wird der sprachliche Aus-

druck bagatellisiert. Wer immer Sachverhalte als Ansichseiendes, ohne subjektive Vermittlung setzt, dem wird die Formulierung gleichgültig, auf Kosten der vergötzten Sache." (1, S. 28)

Experimenteller Teil

Methodische Vorbemerkung

Der Untersuchung liegen 3 Fragebögen zugrunde: Ein Fragebogen an die Kliniker, ein Fragebogen an die niedergelassenen Ärzte und ein Fragebogen zu inhaltlichen Kriterien des Arztbriefes, der sowohl an die Kliniker als auch an die niedergelassenen Ärzte verteilt wurde.

Der Druck und die Verteilung der Fragebögen an die niedergelassenen Ärzte wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung München übernommen, der an dieser Stelle ausdrücklich für die Unterstützung gedankt werden soll. Aus organisationstechnischen Gründen wurden die Fragebögen an alle in einer Kassenarztpraxis tätigen Ärzte Münchens verschickt. Da sich die Untersuchung auf den klinisch-internistischen Befundbericht beschränkt, wurden jedoch nur die Rückantworten der ca. 800 Allgemeinärzte und Internisten berücksichtigt. Von diesen 800 in Frage kommenden Ärzten antworteten 261. Mit einer Rücklaufquote von 32,6 % sind die Vorbedingung für eine Repräsentativität beanspruchende Umfrage jedoch nicht erfüllt, da es sich bei dem Sample weder um eine Vollerhebung, noch um eine Zufallsauswahl handelt.

Es muß unterstellt werden, daß die Fragebögen in erster Linie von denjenigen Ärzten beantwortet wurden, denen die Problematik des Informationsablaufs zwischen Klinik und Praxis besonders bewußt war. Trotzdem ist das Material umfangreich genug, um erste Anhaltspunkte darüber zu geben, wo in diesem Kommunikationsprozeß Schwierigkeiten auftreten: seien es solche organisatorisch-technischer Art oder solche, die ihre Ursachen in berufspolitischen Konstellationen haben.

Die Fragebögen an die Klinikärzte wurden an den 6 internistischen Abteilungen des Städt. Krankenhauses München-Schwabing und an je einer Abteilung der Münchner Universität und der Technischen Universität verteilt. Die ursprünglich beabsichtigte Untersuchung an allen internistischen Abteilungen der Münchner Universitäts- und Städtischen Kliniken scheiterte an der Einstellung vieler Abteilungsleiter, die die Durchführung einer derartigen Umfrage entweder ablehnten oder nicht unterstützten,

was einer Ablehnung gleichkam. Die Argumente, mit denen die geplante Untersuchung als überflüssig abgelehnt wurde, ließen sich auf einen Nenner bringen: Ein guter Arzt schreibt einen guten Arztbrief, ein schlechter Arzt einen schlechten. Eine nähere Untersuchung dieses "Sachverhaltes" wurde als überflüssig erachtet.

Insgesamt wurden 190 Fragebögen verteilt und 101 beantwortet. Auch hierfür gelten die oben hinsichtlich der Repräsentativität gemachten Einschränkungen. Jedoch ist auch hier das Material umfangreich genug, um die daraus gewonnenen Ergebnisse zur Diskussion stellen zu können.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß es sich um eine schriftliche Befragung ohne Anspruch auf Repräsentativität handelt. Bei der Auswertung der Fragebögen wurde die Häufigkeitsverteilung mit Hilfe von Strichlisten festgestellt. Die Interpretation der Daten erfolgte in Bezug auf den im 1. Teil der Arbeit dargestellten theoretischen Rahmen.

Zeichenerklärung: N.Ä = niedergelassene Ärzte

Kl. = Kliniker

K.B. = keine Beantwortung

1. Erwartungen des niedergelassenen Arztes an den Informations- ablauf

Das Antwortergebnis der Frage, das die Beschäftigung mit dem "Problem Arztbrief" legitimiert, sei an den Anfang gestellt. Auf die Frage (N.Ä. - Kl.): "Halten Sie einen ausführlichen Arztbrief für überflüssig, wenn der Patient einen Kurzbericht mit Angabe von Diagnose und Therapie mitbekommt?" antworteten 88 % der niedergelassenen Ärzte (N.Ä.) und 89 % der Kliniker (Kl) mit "nein".

(Auswertung: Kl.: insges. 101; nein: 89 ; ja 11 ; K.B. 1
N.Ä.: insges. 261; nein: 229 (88%); ja: 25 (10%); K.B. 7)

Es herrscht also weitgehend Einigkeit darüber, daß auf einen ausführlichen klinischen Bericht nicht verzichtet werden sollte.

In wie weit werden nun die Erwartungen der N.Ä. an die Schnelligkeit der Informationsübermittlung erfüllt bzw. enttäuscht?

Die Frage (N.Ä.): "Treffen die Arztbriefe von Münchner internistischen Abteilungen oder Kliniken im allgemeinen "rechtzeitig" bei Ihnen ein oder "zu spät"?" beantworteten 89 % mit "zu spät" und nur 10 % mit "rechtzeitig", wobei "rechtzeitig" und "zu spät" hier Begriffe sind, welche die - sicher unterschiedlichen - Erwartungen des niedergelassenen Arztes ausdrücken, nicht etwa Zeitspannen, die durch allgemeinverbindliche Größen fixiert wären. "Zu spät" heißt demnach, daß die Klinikberichte für den weiterbehandelnden Arzt nicht mehr oder nur noch ungenügend verwertbar sind.

(Auswertung: N.Ä. insges. 261; "rechtzeitig": 27 (10 %);
"zu spät": 231 (89 %); K.B. 3)

Näheren Aufschluß über die Erwartungen der weiterbehandelnden Ärzte an eine rechtzeitige und damit die ärztliche Maßnahme mitbestimmende Information gibt folgende Frage (N.Ä.): "Innerhalb welcher Frist nach Entlassung des Patienten müßte der Arztbrief bei Ihnen eintreffen, wenn er noch zur optimalen Weiterbehandlung des Patienten beitragen soll? (Dabei soll alternativ angenommen werden, daß der Patient einen Kurzbericht mitbringt, bzw. nicht mitbringt.)"

Um die Antworten auf diese beiden Fragen vergleichen zu können, wurde die Prozentuierung auf die Zahl der tatsächlich erfolgten Antworten hin vorgenommen. Dabei ergibt sich folgende Verteilung:

Der Brief müßte eintreffen nach vorausgegangenem Kurzbericht innerhalb von:

4 Tg.: 29 (12 %) 1 Wo.: 1119 (49 %) 2 Wo.: 79 (33 %) 3 Wo.: 15 (K.B. 19; $261 - 19 = 242 = 100 \%$); K.B. = keine Beantwortung.

Ohne vorausgegangenem Kurzbericht innerhalb von:

4 Tg.: 116 (71 %) 1 Wo.: 43 (26 %) 2 Wo.: 5 (3 %) 3 Wo.: 0 (K.B.: 97; $261 - 97 = 164 = 100 \%$).

Hierbei fällt zunächst auf, daß von 261 Probanden den zweiten Teil der Frage nur 164 beantwortet haben. Möglicherweise wurde diese Frage als weniger relevant betrachtet, da die Mehrzahl der entlassenen Patienten offenbar eine Kurzinformation aus der Klinik mitbringt. Diese Kurzinformation vorausgesetzt, erwarten das Eintreffen der Berichte 12 % innerhalb von 4 Tagen und 49 % innerhalb einer Woche nach der Entlassung. Insgesamt sind es 61 %, die den Entlassungsbericht innerhalb einer Woche erwarten. Es bedarf keines statistischen Nachweises, daß diese Erwartung von keiner der großen Kliniken erfüllt wird. 33 % der N.Ä. hält eine Frist von 2 Wochen zwischen Entlassung und Eintreffen des Berichts noch für tragbar. Bringt der Patient keinen Kurzbericht mit, sind die Fristen wesentlich kürzer: 71 % erwarten hier bereits einen Bericht innerhalb von 4 Tagen und 26 % innerhalb einer Woche. Nur 3 % sind der Meinung, daß ein Klinikbericht, der 2 Wochen nach der Entlassung eintrifft, noch zur Behandlung beiträgt.

Rund 2/3 erwarten also den Bericht (einen vorläufigen Kurzbericht vorausgesetzt) innerhalb einer Woche und 1/3 innerhalb von 2 Wochen. Nach dieser Frist hat der niedergelassene Arzt seinen eigenen Behandlungsplan aufgestellt, den er, auch wenn neue Gesichtspunkte in dem verspäteten Bericht auftauchen, nicht ohne Unannehmlichkeiten revidieren kann. Der weiterbehandelnde Arzt mußte sich ja in der Zwischenzeit aus den Angaben des Patienten und des Kurzberichts einen Vers machen und dem Patienten, der als Rekonvaleszent besonders labil und hilfsbedürftig ist, auch mit allgemeinen Verhaltens- und Diätanweisungen zur Seite stehen. Ohne das Vertrauen des Patienten,

das gerade in dieser Phase der Rehabilitation besonders wichtig ist, zu erschüttern, kann er zwar nach Erhalten des Befundberichts die medikamentöse Therapie erweitern oder ändern, nicht aber die allgemeinen Verhaltensanweisungen, auf die sich der Patient gerade - oft mühsam genug - eingestellt hat. Ein zu spät eintreffender Befundbericht dürfte also gerade auf die komplexeren Krankheitszusammenhänge keinen oder nur einen problematischen Einfluß ausüben.

2. Zeitaufwand für die Abfassung des Befundberichts

Wie sieht der zeitliche Aufwand aus, den die Abfassung des Befundberichts für den Kliniker bedeutet?

Im folgenden soll von der in der Statistik sonst üblichen Einteilung von Zahlenmaterial in gleich große Klassen abgesehen werden, da es sich um eine relativ kleine Zahl von Personen (101 Ärzte) handelt, und das Material dadurch an Anschaulichkeit verlieren würde.

Frage (K1): "Wieviele Arztbriefe schreiben Sie durchschnittlich pro Woche?" (K.B. 4)

Briefe:	bis 2	3 - 5	6 - 8	9 ⁺ und mehr
Ärzte:	8	40	30	19

+ (in letzterer Zahl gehen Routineberichte wie z.B. Röntgenbefundungen ein. Zwischenangaben wie 3 - 4 und 5 - 6 wurden der jeweils höheren Klasse zugeordnet.)

Frage (K1.): "Wielange benötigen Sie durchschnittlich für das Diktat eines Briefes, falls keine internistischen Spezialprobleme angesprochen sind?" (K.B.10)

Minuten:	bis 10	11 - 20	21 - 35	36 - 50	51 und mehr
Ärzte:	8	24	37	16	6 ⁺

+ (diese Zahl repräsentiert - den Zusatzangaben nach - hauptsächlich die Privatassistenten!)

Frage (Kl.): "Wieviele Briefe diktieren Sie durchschnittlich auf einmal?" (K.B. 5)

Anzahl d. Briefe:	1	2 - 3	4 - 5	6 - 10	11 ⁺ und mehr
Ärzte:	1	56	19	14	6

+ (diese Zahl bezieht sich wiederum hauptsächlich auf Spezial-, z.B. Röntgenbefunde; Zwischenangaben s. 1. Frage).

Anders zusammengefaßt: Von 91 Ärzten benötigen 59, also 2/3 länger - zum Teil sogar erheblich länger - als 20 Minuten für die Abfassung des klinischen Befundberichts. Rechnet man zu dem Zeitaufwand für das Diktat noch einmal dieselbe Zeit für die schriftliche Abfassung des Briefes durch die Sekretärin dazu und vergegenwärtigt man sich, daß nur 10 % der Empfänger mit dem Zeitpunkt des Eintreffens zufrieden sind, ergibt sich ein Mißverhältnis zwischen Aufwand und Nutzen, der in der sog. freien Wirtschaft kaum ohne Konsequenzen hingenommen werden würde.

Ein anderer Aspekt: Von 96 Ärzten diktiert ein einziger nur einen Brief; mehr als die Hälfte (56) diktieren 2 - 3 Briefe und mehr als 1/3 (19 und 14, wobei die 6 Ärzte, die offensichtlich Röntgenbefunde schreiben, nicht mitgezählt sind) fast 4 klinische Befundberichte und mehr auf einmal ab. Diese Zahlen lassen zumindest den einen Schluß zu: Das Abfassen des Arztbriefes ist jedenfalls nicht mit dem Entlassungsvorgang des jeweiligen Patienten verknüpft.

3. Die Funktion des Arztbriefes

Der klinische Befundbericht kann verschiedene Funktionen erfüllen. Er kann als Zusammenfassung dessen, was in der Klinik an Diagnostik und Therapie betrieben wurde, in erster Linie also für Dokumentationszwecke dienen. Er entspräche damit der Epikrise, die in der Krankengeschichte abgeheftet wird und bei Wiederaufnahme des Patienten die Übersicht über den vorausgegangenen Krankheitsablauf erleichtert und Ausgangsmaterial für jegliche Form von Datenverarbeitung werden kann. Wird der Bericht so abgefaßt, daß er als Orientierungshilfe bei der

Weiterbehandlung des Patienten Verwendung finden kann, müssen die Gesichtspunkte berücksichtigt werden, die im theoretischen Teil (Kapitel 1.3. "Zur Pragmatik der Kommunikation") abgehandelt wurden. Folgendes wäre zu beachten: Wer oder was ist Gegenstand des Berichts? (Der Krankheitsverlauf? Der Patient?) Wer ist Empfänger des Berichts? (Sind seine ärztlichen Interessen mit denen des Kliniklers identisch? Sind seine Fachkenntnisse mit denen des Kliniklers vergleichbar?) Schließlich: Warum wird der Arztbrief geschrieben? Um - wie BALINT es nennt - die "Teilung der Verantwortung" zu vollziehen und sich mit der Abfassung des Berichts von der Verantwortung zu entlasten? Oder geschieht die Berichterstattung - im Sinne von HEAVISIDE - um den anderen zu beeinflussen? Letzteres hieße hier: Dem weiterbehandelnden Kollegen die jeweils individuelle Krankheitssituation so darstellen, daß diesem über die Vermittlung des Faktischen hinaus die ärztliche Stellungnahme des Berichterstatters deutlich wird.

Die Einbeziehung des möglichen oder tatsächlichen Empfängers in die Abfassung des Berichtes führt zu einem dritten Aspekt möglicher Funktionen des Arztbriefes, nämlich: Informationsmittel über neue klinische Diagnostik und Therapie zu sein. Die damit übernommene Fortbildungsfunktion wäre eine doppelte:

1. Dem Klinikler wäre die Aufgabe gestellt, hochspezialisiertes Wissen zu vermitteln und in allgemeinere Zusammenhänge einzuordnen. Dadurch würde ihm u.a. eine kritische Erfolgsbeurteilung spezialisierter Techniken und Therapien nahegelegt werden.
2. Der niedergelassene Arzt bliebe hinsichtlich der Möglichkeit neuester medizinischer Techniken auf dem Laufenden, er könnte auf diese Weise an einem praxisbezogenen Lernprozeß teilnehmen. In diesem Zusammenhang sei auf die Beantwortung folgender Frage hingewiesen (Kl.): "Unterscheidet sich der Arztbrief, den Sie an einen praktischen Arzt schreiben, von dem an einen Fachinternisten?" Von 101 Klinikärzten beantworteten nur 2 diese Frage mit "ja", 95 mit "nein" (4 K.B.). Einer davon begründete sein "ja" so: "Im Falle des Praktikers können Ergebnisse von Spezialuntersuchungen nicht als bekannt vorausgesetzt werden, sondern müssen kurz interpretiert werden (z.B. Angaben von Normgrenzen)."

Ein vierter in diesem Fragebogen angesprochener Gesichtspunkt zur Funktion des Arztbriefes ist der der Selbstdarstellung der Klinik: Was ist ihre ärztliche Einstellung, welches sind ihre medizinisch-technischen Möglichkeiten?

Frage (N.Ä.;Kl.): "Der Arztbrief als klinischer Befundbericht kann verschiedene Funktionen erfüllen. Bitte geben Sie eine Rangfolge von 1 bis 4 an, wobei "1" die Ihrer Meinung nach wichtigste Funktion ist."

Um das Ergebnis der Bewertung der vier hier zur Diskussion gestellten Funktionen des Arztbriefes durch Kliniker und niedergelassene Ärzte vergleichen zu können, wurde die Häufigkeit der jeweiligen Nennung auf die Gesamtzahl der auf diese Frage gegebenen Antworten und nicht auf die Zahl der Probanden prozentuiert.

Von 261 N.Ä. beantworteten 221 diese Frage, von 101 Klinikern beantworteten sie 95. Dementsprechend wurde $221 = 100\%$ und $95 = 100\%$ gesetzt.

Niedergel. Arzt	1. Rang	2. Rang	3. Rang	4. Rang
Dokumentation	91 (41%)	80 (37%)	45 (20%)	4 (2%)
Orientierungshilfe	<u>124 (56%)</u>	<u>83 (38%)</u>	14 (6%)	2 (1%)
Informationsmittel	5 (2%)	52 (24%)	<u>146 (66%)</u>	17 (8%)
Selbstdarstellung	1 (0%)	6 (2%)	16 (7%)	<u>198 (90%)</u>

(261 - 40 K.B. = 331 = 100 %)

Kliniker	1. Rang	2. Rang	3. Rang	4. Rang
Dokumentation	26 (29%)	<u>56 (59%)</u>	11 (12%)	2 (2%)
Orientierungshilfe	<u>66 (70%)</u>	27 (29%)	2 (2%)	0 (0%)
Informationsmittel	2 (2%)	11 (12%)	<u>68 (72%)</u>	15 (16%)
Selbstdarstellung	1 (0%)	1 (0%)	14 (15%)	<u>78 (82%)</u>

(101 - 6 K.B. = 95 = 100 %)

Übereinstimmend bewerteten Kliniker und niedergelassene Ärzte die Funktion der Orientierungshilfe als die wichtigste, und zwar Kl. zu 70 %, N.Ä. zu 56 %.

Bei den Klinikern ergab sich folgende eindeutige Rangliste:

1. Rang: Orientierungshilfe;
2. Rang: Dokumentation;
3. Rang: Informationsmittel;
4. Rang: Selbstdarstellung.

Bei den niedergelassenen Ärzten ist die Rangfolge weniger eindeutig. Zwar hat hier im 1. Rang "Orientierungshilfe" die meisten Nennungen mit 56 %, die Bewertung "Dokumentation" verteilt sich jedoch annähernd gleichmäßig auf den 1. Rang mit 41 % und den 2. Rang mit 37 %.

Im 2. Rang verteilen sich die Nennungen wiederum relativ gleichmäßig auf "Dokumentation" mit 37 %, auf "Orientierung" mit 38 % und mit einigem Abstand auf "Information" mit 24 %.

In der Bewertung des Arztbriefes als Informationsmittel unterscheiden sich die niedergelassenen Ärzte deutlich von den Klinikern: 24 % der N.Ä., aber nur 12 % der Kl. sprechend dem klinischen Befundbericht als zweitwichtigste Funktion die der Fortbildung zu. Umgekehrt ist die Beurteilung der Funktion "Selbstdarstellung": diese wird auf Seiten der Kliniker im 3. Rang doppelt so hoch bewertet (15 %) wie auf Seiten der niedergelassenen Ärzte (7 %).

Frage (N.Ä.): "Welcher der oben dargestellten Funktionen werden die bei Ihnen eingehenden Briefe am ehesten gerecht?"

Diese Frage zielt auf eine etwaige Differenz zwischen den Ansprüchen, die der niedergelassene Arzt an den Befundbericht stellt und der Einlösung dieser Ansprüche durch den Kliniker.

Niedergelassene Ärzte: (261 - 25 K.B. = 236 = 100 %)

Differenz	0	1	2	3
Dokumentation (m)	87 (37%)	38 (16%)	28 (8%)	5 (2%)
Orientierungshilfe (n)	53 (23%)	3 (1%)	1 (0%)	1 (0%)
Informationsmittel (o)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	1 (0%)
Selbstdarstellung (p)	1 (0%)	1 (0%)	3 (1%)	15 (6%)
	61%	18%	10%	8%
				= 97%

Diese Tabelle kam folgendermaßen zustande: Wurde bei Frage 6 zur Kennzeichnung der Funktion, welche die Briefe am ehesten wahrnehmen, z.B. der Buchstabe "n" eingetragen und in der vorangehenden Rangliste "n" an erste Stelle genannt, beträgt die Differenz zwischen Erwartung und Einlösung "null", der Adressat ist also zufriedengestellt. Wurden jedoch z.B. die eingehenden Berichte mit "m", also als Dokumentation beurteilt, war aber "m" in der vorangehenden Frage nur mit den zweiten Rang bewertet worden, entstand eine Differenz von "1" usw.

Vergleicht man das Ergebnis der Frage an die niedergelassenen

Ärzte mit der Frage an die Kliniker ("Der Arztbrief kann verschiedene Funktionen erfüllen. Bitte geben Sie eine Rangfolge an..."), zeigt sich, daß nur 29 % der Kliniker der Funktion "Dokumentation" den ersten Rang geben, aber insgesamt 63 % der niedergelassenen Ärzte der Meinung sind, eine Dokumentation zu erhalten. 25 % von diesen sind damit jedoch mehr oder weniger (mit einer Differenz von 1 bis 3 Punkten) unzufrieden. Anders zusammengefaßt: 70 % der Kliniker und 56 % der niedergelassenen Ärzte halten Orientierungshilfen für die wichtigste Funktion des Arztbriefes, aber nur 23 % der niedergelassenen Ärzte sind der Meinung, diese Orientierungshilfe auch zu erhalten. Das ist nicht einmal die Hälfte der niedergelassenen Ärzte, die der Funktion "Orientierungshilfe" in Frage Nr. 5 den ersten Rang gaben.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Die Rangfolge, die die Kliniker den Funktionen des Arztbriefes gaben, ist deutlich ausgeprägt und entspricht einer relativ einheitlichen Vorstellung von den möglichen Funktionen des klinischen Befundberichts. Die Ansprüche der niedergelassenen Ärzte an den Arztbrief sind demgegenüber weiter gestreut, was sich in einer gleichmäßigen Verteilung der Funktionen auf die Rangskala zeigt. Was die Verständigung zwischen den Gruppen angeht, scheinen die Klinikärzte den von ihnen selbst gesetzten Maßstäben (70 % von ihnen erkannten "Orientierungshilfe" den ersten Rang zu) in den Augen der niedergelassenen Ärzte nicht voll gerecht zu werden. Zwar sind immerhin 61 % der N.Ä. mit dem klinischen Befundbericht generell zufrieden, aber weniger als die Hälfte der N.Ä., die sich eine Orientierungshilfe vom Arztbrief versprechen, sind der Meinung, diese auch tatsächlich zu erhalten. Über ein Viertel der N.Ä. erhält unerwünschterweise einen Befundbericht, der (nach Meinung der N.Ä.) durch seinen Dokumentationscharakter gekennzeichnet ist.

Ein Ergebnis sei noch erwähnt: 15 der N.Ä. (6 %), die dem Gesichtspunkt "Selbstdarstellung" den vierten Rang einräumten, sind der Meinung, daß die Briefe, die sie erhalten, in erster Linie dieser Funktion gerecht werden, während nur 1 (!) unter 95 Klinikern die Selbstdarstellung der Klinik als wichtigste Funktion des Arztbriefes betrachten.

Frage (Kl.): "Welche der oben dargestellten Funktionen ist Ihrer Meinung nach für den niedergelassenen Arzt die wichtigste?"

Kliniker: (101 - 5 K.B. = 96, die Nominalzahl entspricht also ungefähr der Prozentzahl)

Differenz	0	1	2	3
Dokumentation (m)	6	1	0	0
Orientierungshilfe (n)	65	19	1	0
Informationsmittel (o)	1	1	1	0
Selbstdarstellung (p)	0	0	0	0

Diese Frage brachte insofern eine Überraschung, als keine volle Übereinstimmung in der Bewertung der Funktion des Arztbriefes und ihrer mutmaßlichen Bedeutung für den niedergelassenen Arzt erzielt wurde. 19 von 96 Klinikern hielten "Orientierungshilfe" für die dem niedergelassenen Arzt wichtigste Funktion des Arztbriefes, obwohl sie diesen Gesichtspunkt in der Bewertungsskala erst an zweiter Stelle genannt hatten. Versucht man, diese Inkonsistenz zu interpretieren, drängt sich die Vermutung auf, daß diese Ärzte die Zielsetzung des klinischen Befundberichts kaum reflektieren. Erst wenn sie auf die Interessen des Kommunikationspartners hin angesprochen werden, scheint dieser wieder am Horizont ihrer Berichterstattung aufzutauchen.

Auf die Frage (Kl.): "Wann endet Ihrer Meinung nach die Fürsorgepflicht des Klinikarztes für den Patienten?" gaben von 101 Klinikern 14 keine Antwort, 20 antworteten "mit der Entlassung", 67 "mit dem Versand des Arztbriefes". Hier fällt zunächst die hohe Zahl der Antwortverweigerung auf. Möglicherweise resultiert diese aus einem ethischen Konflikt, der ungefähr so aussehen könnte: Hält man die Fürsorgepflicht für den Patienten mit der Entlassung für beendet, schiebt man die Verantwortung für die in der Klinik eingeleitete und draußen weiterzuführende Therapie ab. Sieht man sich jedoch erst mit dem Versand des Arztbriefes aus der Verantwortung entlassen, wäre man in Anbetracht der Fristen, die zwischen Entlassung und Versand des Briefes verstreichen, unzumutbar mit Verantwortung beladen. Immerhin sieht ein rundes Viertel der befragten Ärzte ihre Verantwortung für den Patienten mit dessen Entlassung erloschen.

4. Kooperation zwischen Klinikern und niedergelassenen Ärzten

Darüber, wie der telefonische Kontakt zwischen N.Ä. und Kl. aussieht, gibt folgende Frage (N.Ä.; Kl.) Auskunft:

"Über wieviele von 20(eingewiesenen) Patienten führen Sie durchschnittlich mit dem Hausarzt (Klinikerarzt) Telefonate, sei es, daß Sie selbst anrufen (aktiv) oder angerufen werden (passiv)?"

aktiv: (einleitende Telefonate)

Zahl d.Tel. bei 20 Pat.	Kliniker (K.B.6)	Niederg. Ärzte (K.B.3)
0	3 (3 %)	13 (5 %)
0 - 1	14 (15 %)	34 (13 %)
1 - 2 u. 2	25 (26 %)	49 (19 %)
2 - 3 u. 3	13 (14 %)	19 (7 %)
4	11 (12 %)	26 (10 %)
5	12 (13 %)	35 (14 %)
6 - 10	15 (16 %)	53 (21 %)
11 - 20	2 (2 %)	29 (11 %)

(Kliniker: 101 - 6 K.B. = 95 = 100 %

Niedergelassene Ärzte: 261 - 3 K.B. = 258 = 100 %)

passiv (erhaltene Telefonate)

Zahl d.Tel. bei 20 Pat.	Kliniker	Niedergel. Ärzte
0	12 (13 %)	63 (25 %)
0 - 1	34 (36 %)	91 (35 %)
1 - 2 u. 2	24 (25 %)	37 (14 %)
2 - 3 u. 3	9 (10 %)	33 (13 %)
4	1 (1 %)	3 (1 %)
5	9 (10 %)	26 (10 %)
6 - 10	3 (3 %)	5 (2 %)
11 - 20	---	---

Auch hier handelt es sich wieder um Schätzwerte (Selbst- und Fremdeinschätzung). Wie das andere Zahlenmaterial auch beanspruchen sie keine Repräsentativität. Die Klassengröße wurde auch hier wieder unter dem Gesichtspunkt der Anschaulichkeit gewählt. In den unteren Klassen wurden die häufigen Zwischenangaben mit erfaßt (z.B.: 1 - 2 und 2).

Auf Seiten der aktiven Telefonate haben die Kliniker bei den

seltenen Kontaktaufnahmen (1 - 2 oder 2 - 3 Telefonate bei 20 eingewiesenen Patienten) deutlich höhere Nennungen als die niedergelassenen Ärzte (Kl. 26 % und 14 % gegenüber N.Ä. 19 % und 7 %), während bei den häufigen Kontaktaufnahmen (5 - 10 und 10 - 20 Telefonate bei 20 eingewiesenen Patienten) die N.Ä. deutlich höhere Nennungen haben (Kl. 10 % und 2 % gegenüber N.Ä. 20 % und 11 %).

Auf Seiten der passiven Telefonate haben die N.Ä. bei "o", also "keine Kontaktaufnahme durch den Kollegen", eine deutlich größere Zahl von Nennungen als die Kliniker, (25 % zu 13 %), bei 1 - 2 Kontaktaufnahmen haben hingegen die Kliniker mehr Nennungen (25 % zu 14 %).

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Kliniker ein ausgeglicheneres Verhältnis zur Frage der telefonischen Kommunikation mit den Kollegen aus der Praxis zu haben scheinen: 40 % von ihnen behaupten, in 1 - 3 Fällen von jeweils 20 eingewiesenen Patienten von sich aus telefonischen Kontakt aufzunehmen, aber nur 2 % geben an, bei der Hälfte, bzw. allen eingewiesenen Patienten mit dem Hausarzt zu telefonieren; von den N.Ä. behaupten dies hingegen 11 %!

Auf Seiten der N.Ä. findet sich also - verglichen mit den Angaben der Kliniker - eine zahlenmäßige Höherbewertung der Häufigkeit der eigenen Kontaktversuche und eine deutliche niedrigere Bewertung der Häufigkeit der Kontaktversuche des Kommunikationspartners.

Anders ausgedrückt: Die N.Ä. schätzen die Häufigkeit der Kontaktversuche der Kommunikationspartner wesentlich niedriger ein als ihre eigenen, was sich umgekehrt von den Klinikern nicht sagen läßt.

Diese Beurteilung kann eine realistische Grundlage haben, sie kann aber auch Ausdruck der Vorbehalte sein, die auf Seiten der niedergelassenen Ärzte den Klinikern gegenüber bestehen und die BALINT das nicht ganz ehrliche Lehrer-Schüler-Verhältnis nennt. Folgende Einstellung könnte sich darin ausdrücken: Die Sorge für den Patienten liegt in den Händen der Hausärzte, wie deren häufige Telefonate zeigen. Von Seiten der Klinik wird dagegen nur selten die Initiative ergriffen.

Worin bestehen nun für die N.Ä. die Schwierigkeiten in der telefonischen Kommunikation mit dem Kliniker?

Frage (N.Ä.): "Welches sind die für Sie schwerwiegendsten Gründe, die von Ihrer Seite aus eine Kontaktaufnahme erschweren oder verhindern?"

(Die Nennung zu den einzelnen Gesichtspunkten summiert und dann auf die Zahl der Gesamtnennung prozentuiert (411 Gesamtnennungen = 100 %).

Rangfolge:

1. Wiederholtes Scheitern der Kontaktaufnahme aus organisatorisch-technischen Gründen: 200 (49 %)
2. Zeitmangel aufgrund eigener Überlastung: 102 (25 %)
3. Negative Erfahrung hinsichtlich der Kooperationswilligkeit des Kollegen in der Klinik: 60 (15 %)
4. Befürchtung, den Klinikkollegen zu belästigen: 35 (9 %)
5. Bedenken gegenüber der "Anonymität" der Klinik, derzufolge Kontaktversuche unangebracht erscheinen: 14 (3 %)

"Wiederholtes Scheitern der Kontaktaufnahme" steht mit 49 % an erster Stelle, dann kommt "Zeitmangel" mit 25 %. Immerhin betreffen 15 % der Gesamtnennungen "negative Erfahrungen hinsichtlich der Kooperationswilligkeit". Im Vordergrund der Schwierigkeiten, in telefonischen Kontakt zu treten, stehen jedoch organisatorische Hindernisse und zwar vor allem auf Seiten der Klinik.

Dazu zwei Zitate:

"Es ist oft gänzlich unmöglich, einen Arzt in der Klinik zu erreichen. Ein typisches Beispiel ist die Medizinische Klinik in der Ziemsenstraße. Dort verhindert bereits die Vermittlung jeglichen Kontakt mit dem Klinikarzt."

Und: "Bei Direktkontakt mit der Klinik wird immer der behandelnde Arzt angerufen; bei Einweisung (Bettenzentrale) nur in 50 % der Fälle möglich (von der Klinik aus sehr selten!!!)."

Ein Vorschlag, der in diesem Zusammenhang gemacht wurde: der Klinikarzt solle im Entlassungsbericht die Nummer seines Telefonmitteilen und auch den vorläufigen Bericht nicht nur signieren, sondern seinen Namen leserlich schreiben.

Vermutete Spannungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikern, die in den vorangegangenen Fragen bereits indirekt zur Sprache kamen, werden in folgender Frage nochmals direkt angesprochen:

Frage (N.Ä.): "Es wird behauptet, daß gelegentlich aus den

Arztbriefen eine gewisse Überheblichkeit der "Kliniker" gegenüber den niedergelassenen Ärzten spreche."

Diese Frage beantworteten 69 (26 %) mit "zustimmend", 146 (56 %) mit "nicht zustimmend" und 42 (16 %) mit "unentschieden".

(K.B. 4)

Ein Viertel der niedergelassenen Ärzte fühlt sich also durch die Berichte der Kliniker herablassend, jedenfalls nicht kollegial behandelt.

Frage (N.Ä.; Kl.): "Unter welchen Bedingungen ergeben sich Ihrer Einschätzung nach bessere Möglichkeiten, Einsicht zu gewinnen in etwaige soziale und/oder psychische Komponenten des Krankheitsgeschehens?"

1. Während der wiederkehrenden Konsultationsgespräche mit dem Hausarzt:

N.Ä.: 239 = 92 %; K.B. 9

Kl. : 42 = 42 %; K.B. 6

(N.Ä.: 239 + 9 K.B. = 261 = 100 %;

Kl. 42 + 53 + 6 K.B. = 101 = 100 %)

2. Während der kontinuierlichen Betreuung in der Klinik

N.Ä.: 13 = 5 %

Kl.: 53 = 53 %

92 % der niedergelassenen Ärzte, aber nur 53 % der Kliniker nehmen für sich in Anspruch, die Patienten umfassender, also wohl angemessener betreuen zu können. Nur 5 % der N.Ä., aber 42 % der Kl. vermuten die besseren Einsichtsmöglichkeiten in komplexe Krankheitszusammenhänge beim Kollegen. Ob es sich hier um eine zutreffende Selbst- und Fremdeinschätzung der jeweiligen Gruppe handelt, kann nur durch Fragen an den Patienten selbst geklärt werden.

Immerhin sprechen 42 % der Kliniker dem niedergelassenen Kollegen die bessere Einsichtsmöglichkeiten in psycho-soziale Krankheitszusammenhänge zu, und das heißt ja wohl auch, daß diese 42 Ärzte weitgehend darauf verzichten, sich die Einsichtsmöglichkeiten - etwa durch eine ausführliche Eigen- und Fremdanamnese - zu verschaffen.

Die Frage (Kl.): "Halten Sie im allgemeinen die Informationen auf dem Einweisungsschein für ausreichend?" beantworteten von 101 Klinikern 98 mit "nein" und 3 mit "ja". Die erwünschten

zusätzlichen Informationen (Kl. 16) lassen sich unter folgenden Gesichtspunkten zusammenfassen:

Vorschläge:	Zahl d. Nennungen
Über bisherige Therapie informieren	48
Befunde des Hausarztes mitteilen	44
Dokumentation früherer stat. Aufenthalte (Rö.bilder u.-befunde, Arztbriefkopien) mitgeben	24
Keine Anamnese liefern, Überflüssig!	21
Alle Diagnosen, Diff.-diagn., Einweisungsgrund, Fragestellung berücksichtigen	20
Psycho-soziale Probleme angeben	12
Keine Pseudodiagn. stellen ("Diagnose zur Einweisung")	11
Telefonisch Kontakt aufnehmen	5
Bisherigen Verlauf beschreiben	4
Einweisungs <u>brief</u> mitgeben	3

Das Informationsbedürfnis gilt also überwiegend denjenigen Daten, die für den Kliniker bei der allerersten Begegnung mit dem Patienten von Interesse sind, und ohne die ein Patient leger artis nicht zur Weiterbehandlung überwiesen werden sollte. Trotz dieser Minimalansprüche an den Einweisungsschein halten 98 von 101 Klinikern die Überweisungsinformation für ungenügend. In Anbetracht eines derartigen Notstandes ist es nicht überraschend, daß das Interesse an "harten" Daten im Vordergrund steht.

Welche Beanstandungen und Vorschläge die niedergelassenen Ärzte ihrerseits hinsichtlich des klinischen Befundberichts haben, soll gesondert abgehandelt werden.

Auf die Frage (Kl.): "Waren Sie schon einmal in einer Praxis tätig?" antworteten von 101 Klinikern 53 mit "ja", 46 mit "nein" (K.B. 2). Von diesen 53 Ärzten mit "Praxiserfahrung" waren 24 bis zu 8 Wochen in einer Praxis tätig, 3 zwischen 2 und 3 Monaten, 12 zwischen 3 und 6 Monaten und 4 über ein halbes Jahr. Weitgehendste Übereinstimmung zwischen Klinikern und niedergelassenen Ärzten ergab sich bei der Beantwortung folgender Frage (Kl.; N.Ä.): Halten Sie die Diskussion der Kommunikationsprobleme zwischen Kliniker und niedergelassenem Arzt für belangvoll

- a) im Hinblick auf Ihre eigene Berufsausübung?
 b) im Hinblick auf theoretische Fragen der Medizin?"

Zu a)

	Kl.	N.Ä.
ja	87 (87 %)	200 (77 %)
nein	7 (7 %)	50 (19 %)
K.B.	7 (7 %)	11 (4 %)

	Kl.	N.Ä.
ja	61 (61 %)	173 (66 %)
nein	25 (25 %)	52 (20 %)
K.B.	15 (15 %)	36 (14 %)

(Die Prozentuierung wurde hier auf die Zahl der Probanden hin vorgenommen: N.Ä. 261 = 100 %; Kl. 101, so daß sich eine Prozentuierung erübrigt.)

5. Abfassen des Arztbriefes als ärztliche Tätigkeit

Woher nimmt der angehende Arzt die Maßstäbe für die Abfassung der klinischen Befundberichte?

Frage (Kl.): " Was war Ihre hauptsächliche Orientierungshilfe, als Sie anfangen, Arztbriefe zu schreiben?"

(Da häufig 2 statt nur 1 von den 3 möglichen Antworten angekreuzt wurden, entspricht die Zahl der Nennungen nicht der der Probanden; K.B.2)

	Zahl d. Nennungen
Kopien alter Arztbriefe	39
Diskussionen mit erfahrenen Kollegen	31
Diskussionen und Kopien	16
Sonstiges	5
Diskussionen und Sonstiges	4
Kopien und Sonstiges	3

Obwohl der Arztbrief allermeist erst mehrere Tage nach Entlassung des Patienten geschrieben wird, geben fast 90 % (89 von 101) der Kliniker an, sich an alle Patienten zum Zeitpunkt des Briefdiktates individuell erinnern zu können (Frage Kl.).

Frage (Kl.): "Meistens wird der Arztbrief erst mehrere Tage nach Entlassung des Patienten geschrieben. Bitte geben Sie stichwortartig die Gründe dafür an, die es Ihnen erschweren, oder die Sie hindern, den Arztbrief vor der Entlassung oder am Entlassungstag zu schreiben". Die hierfür angegebenen Be-

gründungen lassen sich unter folgenden Gesichtspunkten zusammenfassen:

<u>Begründungen:</u>	<u>Zahl d. Nennungen</u>
Ausstehende Befunde	78
Zeitmangel	53
Mangel an Raum und Muße (Daher Briefdiktat während Nach- und Sonntagsdienstes)	21
Verzögerung durch Schreibkraft	11
Trägheit	9
Mangelnde Zeiteinteilung und Organisation	5

Zitate einzelner Bemerkungen:

"Sehr oft plötzliche Entlassung" ... "Überraschende Entlassung wegen Bettenmangel" ... "In 30 % der Fälle könnte der Arztbrief mitgegeben werden" ... "Keine Notwendigkeit übertriebener Eile" ... "Anonymität des angeschriebenen Kollegen" ... "Fehlende, bzw. noch ausstehende Befunde, die für teilweise nebensächliche Diagnosen wichtig sind" ... "Unrationell, einen Brief zu schreiben; ich sammle mehrere Briefe an" ... "Schlamperei" ... etc.

Die Frage nach dem geschätzten Anteil der Patienten, bei denen noch Befunde ausstehen, gibt allerdings keine überzeugende Erklärung für das im allgemeinen verspätete Abfassen der Befundberichte.

Frage (Kl.): "Bei schätzungsweise wieviel % der Patienten stehen am Entlassungstag noch wichtige Befunde aus?"

<u>Prozentsatz der Patienten</u>	<u>Zahl der Nennungen</u>
1 - 10 %	12
11 - 20 %	16
21 - 30 %	19
31 - 50 %	26
Über 50 %	19

47 von 95 Ärzten (101 - 6 K.B. = 95) nehmen also an, daß bei höchstens 30 % der Patienten noch Befunde ausstehen, 26 Ärzte nehmen an, daß dies bei mehr als 30 % und bis zu 50 % der Patienten der Fall ist und nur 19 Ärzte glauben, daß bei mehr als der Hälfte der entlassenen Patienten noch Befunde ausstehen. Inwieweit diese Befunde dann solche sind, "die für teilweise nebensächliche Diagnosen wichtig sind", sei dahingestellt.

Eine überzeugende Erklärung für das verspätete Abfassen der Arztbriefe gibt die Beantwortung folgender Frage (Kl.):
 "Bitte geben Sie eine Rangfolge der von Ihnen bevorzugten Tätigkeiten an ("1" = beliebteste Tätigkeit, "7" = unbeliebteste Tätigkeit)":

Aufnahmeuntersuchung (Anamnese und Befunderhebung)

Diktat von Arztbriefen

Visiten

Einzelgespräche mit Patienten und Angehörigen

Patientennahe ärztliche Tätigkeit
 (Spezialuntersuchungen, Injektionen etc.)

Patientenferne ärztliche Tätigkeiten
 (Auswertung von Untersuchungsmaterial und Befunden)

Fortbildung und Forschung

Tabelle

Rang	Aufn.	Dikt.	Visit.	Gespr.	Pat.nah.	Pat.fern	Fortb.
1.	24	0	18	10	18	2	16
2.	13	1	14	19	25	10	6
3.	22	1	13	23	8	8	13
4.	13	4	16	11	15	11	18
5.	12	12	12	10	9	13	20
6.	3	20	11	13	10	19	12
7.	1	51	3	2	4	24	3

(101 - 13 K.B. = 88)

Geht man die Rangliste durch, nimmt das Diktat von Arztbriefen mit Abstand die letzten beiden Ränge ein: 6. und 7. Rang haben insgesamt 71 Nennungen, gefolgt von "patientenferne Tätigkeit" mit 43 Nennungen. Noch konkurrenzloser ist die Unbeliebtheit des Arztbriefdiktats, wenn man dazu den letzten Rang allein betrachtet: mit 51 Nennungen hat er die höchste Punktzahl überhaupt, die irgendeine der vorgegebenen Tätigkeiten in irgendeinem Rang erreicht.

Die Rangliste der anderen Tätigkeiten interessiert hier nicht. Es sollte lediglich ein der Realität entsprechendes, differenziertes Tätigkeitsspektrum zur Auswahl vorliegen, um eine durch grobe Vereinfachung entstehende Verzerrung des Ergebnisses zu vermeiden.

Die Beantwortung dieser Frage veranschaulicht und untermauert die These von ENGELHARDT (vgl. Anmerkung 59, S. 36), daß die Ärzte eine Aversion gegenüber Aufgaben hätten, die den Patienten nach seinem Krankenhausaufenthalt betreffen: "Da die Ärzte ihre Aufgabe vor allem darin sehen, den Patienten in der Klinik fachspezifisch zu untersuchen, begegnen sie jeder Erweiterung ihres Aufgabenbereichs um soziale oder persönliche Komponenten abweisend."

(Vgl. die hohe Punktzahl in den ersten beiden Rängen für: Aufnahmeuntersuchung (37 Nennng.) und patientennahe ärztl. Tätigkeiten (43 Nennng.), gefolgt von "Visiten und Einzelgespräche").

6. Kritik und Verbesserungsvorschläge zum klinischen Befundbericht

Frage (N.Ä.): "Welches sind die sachlichen Gründe Ihrer etwaigen Unzufriedenheit mit dem internistischen Arztbrief - vom etwa verspäteten Eintreffen abgesehen? (Bitte geben Sie stichwortartig an, was Sie am häufigsten zu beanstanden haben bzw. welche Informationen Sie am häufigsten vermissen)".

(Von 261 Probanden antworteten 168 auf diese Frage, weitere 25 gaben an: "Keine Beanstandungen". Die vorgebrachten Beanstandungen bzw. Verbesserungsvorschläge lassen sich unter die nachfolgenden Gesichtspunkte subsumieren. (Häufig wurden in einer Antwort mehrere verschiedenartige Beanstandungen gebracht, die dann einzeln den jeweiligen Gesichtspunkten zugeordnet wurden. Bei der Anordnung der Zitate, die die Beanstandungen veranschaulichen sollten, gab das jeweils im Vordergrund stehende Argument den Ausschlag.)

<u>I. Formale Kritik</u>	<u>Zahl der Nennungen</u>
Zu lang	34
Zu unübersichtlich	14

Hinsichtlich der formalen Kritik sei noch einmal hervorgehoben, daß die Arztbriefe häufig als "zu lang" und "zu unübersichtlich" nicht ein einziges Mal aber als "zu kurz" beurteilt wurden. Nun könnte man argumentieren, daß der Empfänger eines "zu langen" Arztbriefes ja nur das ihn Interessierende zur Kenntnis zu nehmen brauche. Hinsichtlich der Häufigkeit und Nachdrücklichkeit der Beanstandungen muß man jedoch annehmen, daß allgemein

ein "zu langer" Arztbrief nicht nur für überflüssig, sondern ausdrücklich für nachteilig gehalten wird. Der Empfänger eines "zu langen" Briefes steht vor der Notwendigkeit, die Auswahl der wichtigen Informationen selbst zu treffen - was Zeit kostet - oder er läuft Gefahr, bei nur cursorischer Kenntnisnahme wichtige Details zu übersehen.

II. Inhaltliche Kritik:

Zahl der Nennungen

1. Ärztlich-wissenschaftliche Diskussion fehlt 52

Diskussionslose Faktensammlung (7); Differentialdiagnose wird nicht berücksichtigt (9); zu wenig Eingehen auf Fragestellung, Vorbefunde, Einweisungsdiagnose (30); Fortbildungsfunktion durch Erklärung ungeläufiger Tests
Laborwerte vernachlässigt (6)

Zitate:

"Völliges Nichteingehen auf Vordiagnose und Therapie des Praktikers, völlige Mißachtung der vorklinischen Befunde. Ein einfacher Nebensatz würde oft genügen: z.B. "In Übereinstimmung mit Ihrer Diagnose", oder (wie einmal geschehen): "Wie Sie bereits festgestellt haben", oder "Im Gegensatz zu Ihren Befunden ..." etc.".

"Wichtige, auch für die stationäre Behandlung wichtige Erfahrungen des Hausarztes scheinen nach dem Arztbrief auch bei eingehender Einweisungsberichterstattung wenig gewürdigt zu werden".

"a) zu lang. b) Das Diktiergerät verführt zu den langen Briefen = Vorlesen des Krankenblattes und der darin liegenden Befunde. c) Zu viel "Syndrome" oder "Tests" mit Eigennamen. Dazu ist unbedingt Erklärung nötig und besser - wenn sie der Schreiber weiß".

"Beschränkt sich häufig ausschließlich auf die Vermittlung diagnostischer Daten und die Feststellung, welche Therapie einzuhalten ist. Vermißt wird die diagnostische und differentialdiagnostische Erörterung des Individualfalles".

Zahl der Nennungen

2. Verschiedenartigkeit von Klinik - Praxis

wird zu wenig berücksichtigt 48

Polypragmasie, Verschreibung zu vieler Medikamente (32), Ignorieren der Krankheits-situation unter ambulanter Bedingung (3), praxisfremde Therapievorschläge (13)

Zitate:

"Absolute Farce = Diabetes-Einstellung in der Klinik. Unnötiger Präparatwechsel "just to be different", z.B. Lanicor bei mir / Lanitop in der Klinik.
Für mich lästig = Klinik-Therapie-Vorschlag teurer aber fragwürdiger Medikamente (Intensain und Co.; Durchblutungsförderer "Lebertherapeutica etc.)). Wünschenswert wäre eine etwas härtere und offener Kritik an meiner Diagnostik bzw. Therapie.
"Praxisfern: z.B. "Ist anzuhalten 10 kg Gewicht abzunehmen", usw."
"Als Klinikarzt (selbst 10 Jahre) kann man sich die mannigfaltigen Schwierigkeiten, mit denen ein niedergelassener Kassenarzt zu kämpfen hat, nicht vorstellen. Die vielfach in Arztbriefen vorgeschlagene polypragmatische Therapie läßt sich in einer Kassenpraxis nicht durchführen."
"Die meisten Briefe sind sachlich ausgezeichnet. Öfter haben die Klinikärzte aber keinen Blick für das in hausärztlicher Behandlung Durchführbare."
"In 50 % der Fälle Verordnungen der derzeit gerade "modernen" Medikamente ohne Rücksicht darauf, ob derselbe Zweck kostensparender erreicht werden kann, und darauf, daß die meisten Patienten Medikamente nur unregelmäßig einnehmen (dieses sogar schon während des stationären Aufenthaltes!)."

Zahl der Nennungen

3. Ärztliche Beurteilungen fehlen

39

Es fehlen im einzelnen: Gesamtbeurteilung (11); Berücksichtigung des individuellen Krankheitsbildes (5); Prognose (11); Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Berentung (5) "psychosoziale Aspekte (7)

Zitate:

Spezielle Untersuchung mit Eingehen auf die Beschwerden des Patienten wird häufig vermißt. Meist routinemäßige Durchuntersuchung mit Angaben der Befunde, die oft mit den geklagten Beschwerden nichts zu tun haben".

"Häufig nur Befundaufzählungen ohne Schlußfolgerungen. Die Problematik wird fast nie angesprochen oder diskutiert; Befunde, die nicht ins Bild passen, werden nicht herausgestellt. In den meisten Fällen hat man den Eindruck, daß zu wenig gedacht wird, die Problematik des Einzelfalles nicht erfaßt wird zugunsten der Einordnung des Falles in ein Lehrbuchschema!"

- "1. Angaben über evtl. weitere Arbeitsunfähigkeit (besonders Dauer)
2. Angaben über Prognose ("Patient wurde gebessert entlassen!")
3. Angaben über evtl. Laborkontrollen durch den Hausarzt.
4. Häufige Medikationsvorschläge, die den Arzneimittelschatz des Hausarztes gegenüber den Kassen ganz erheblich belasten und den Patienten zu unangemessenen Forderungen und zu einer gewissen psychischen Fixierung an das Medikament veranlassen. Deshalb Aufklärung des Patienten

Über eine gegebenenfalls zeitliche Beschränkung der Medikation sehr wichtig, um dem Hausarzt einen gewissen Entscheidungsspielraum gegenüber dem Patienten zu sichern".

Zahl der Nennungen

4. Überflüssige Angaben sollten unterbleiben 30
Normalbefunde überflüssig (19); Anamnese
überflüssig (11)

Zahl der Nennungen

5. Kollegiales Verhalten läßt zu wünschen übrig 24
Unklare Befunde werden verdrängt, klinische
Therapie wird überbewertet (9); Hausarzt wird
kritisiert, Arztwechsel empfohlen (7);
Änderung bewährter Therapie, autoritäre
therapeutische Bevormundung (8).

Zitate:

"Die Klinik interessiert sich für "die Sicht" des Hausarztes fast gar nicht, weshalb auch kein wirkliches Gespräch zustande kommen kann. Das Primatsbewußtsein der Klinik - alias auch der Anspruch auf ihre absolute Hegemonie - läßt kein "inter pares" zu. Das schlägt sich auch im Arztbrief nieder."
"Für den jungen Kliniker ist der ältere niedergelassene Arzt auch einen Monat nach dessen Ausscheiden aus z.T. gut fundierter Klinikposition ein Depp. Leider. Daher herablassende Information."
"Kliniker wissen oft nicht, daß wir früher auch in der Klinik waren, häufig wird das Vorgehen des niedergelassenen Arztes kritisiert, bitte bedenken Sie, daß wir oft aus Kenntnis besonderer, häufig familiärer Umstände das dem Patienten Mögliche anders beurteilen."

Der Übersicht halber seien die Hauptgesichtspunkte der inhaltlichen Kritik nochmals zusammengefaßt:

Zahl der Nennungen

1. Ärztlich-wissenschaftliche Diskussion
fehlt 52
2. Verschiedenartigkeit Klinik - Praxis
wird zu wenig berücksichtigt 48
3. Ärztliche Beurteilungen fehlen 39
4. Überflüssige Angaben (Normalbefunde,
Anamnese) sollten unterbleiben 30
5. Kollegiales Verhalten läßt zu wünschen
übrig 24

An inhaltlicher Kritik steht also vor allem im Vordergrund der Beanstandungen das Fehlen einer ärztlich-wissenschaftlichen Diskussion. Hier wird besonders vermißt, was durch keine formalisierten Befundbögen geleistet werden kann: Das Eingehen auf die Fragestellung des Kommunikationspartners. Die in dieser Richtung von den N.Ä. gemachten Beanstandungen werden ergänzt durch die Aussagen der Kliniker: Nur 21 % der Kliniker halten die Bezugnahme auf die Einweisungsdiagnose für "wichtig", 35 % dagegen halten sie für "überflüssig" (vgl. Teil II, Kap. 7, 3). Von 95 befragten Klinikern geben nur 2 an, daß sie bei der Abfassung des Arztbriefes auf die voraussetzbaren Kenntnisse des niedergelassenen Arztes durch besondere Erklärungen Rücksicht nehmen! (Vgl. Teil II, Kap. 3)

7. Zusatzfragen zum Arztbrief

Hier wird von dem üblichen internistischen Befundbericht ausgegangen, der die in der Klinik massenweise anfallenden Untersuchungsergebnisse in mehr oder weniger übersichtlicher Form wiedergibt. Nachdem die Akutkrankenhäuser nicht oder zumindest nicht in erster Linie Diagnosezentren sind, sondern eben therapeutische Einrichtungen, "Heilstätten", ist es von Interesse, darüber Aufschluß zu erhalten, welche Informationen, die über Diagnostik und medikamentöse Therapie hinausgehen, für die Weiterbetreuung des Patienten für wichtig gehalten werden. Kliniker und niedergelassene Ärzte sind sich darin einig, daß auf einen ausführlichen Arztbrief nicht verzichtet werden sollte. Die Frage ist jedoch zu diskutieren, ob die üblichen Befundberichte die optimale Information für die Weiterbetreuung des Patienten liefern. Als optimal soll hier diejenige Berichterstattung gelten, die die in der Klinik gewonnenen Erkenntnisse und durchgeführten therapeutischen Maßnahmen im Hinblick auf ihre außerklinische Relevanz wiedergibt.

Es wäre zu untersuchen, ob nicht eine routinemäßige Wiedergabe der klinischen Diagnostik anhand von Vordrucken (wie sie z.B. in allen größeren Autoreparaturwerkstätten längst üblich sind!) dem Kliniker eine patientenbezogene ärztliche Stellung-

nahme erleichtern würde. Das Antwortergebnis auf den Fragebogen teil "Zusatzfragen zum Arztbrief", in dem Kliniker und niedergelassene Ärzte danach gefragt werden, welche Bedeutung sie den Gesichtspunkten beimessen, die im klinischen Befundbericht im allgemeinen kaum angesprochen werden, läßt jedenfalls den Schluß zu, daß eine deutlich patientenbezogene Information von beiden Kommunikationspartnern Überwiegend für "wichtig" oder "nützlich" gehalten wird.

Zur Auswertung der Zusatzfragen: Um die Angaben der Kliniker und der niedergelassenen Ärzte vergleichen zu können, wurde die Summe der Häufigkeitsverteilung der Antworten zu jeder Einzelfrage = 100 % gesetzt. (Insgesamt kamen 247 Bögen der N.Ä. und 87 Bögen der Kl. zur Auswertung.)

7.1. Gesichtspunkte zur Anamnese

	sw		n		ü	
	N.Ä.	Kl.	N.Ä.	Kl.	N.Ä.	Kl.
Erleben der Krankheit	22 %	29 %	54 %	55 %	24 %	16 %
Lebensgewohnheiten	32 %	38 %	51 %	59 %	17 %	4 %
Besondere physiologische Belastungen	36 %	43 %	49 %	53 %	13 %	4 %
Probleme fam., berufl. finanz. Art	39 %	51 %	51 %	48 %	10 %	1 %

sw. sehr wichtig; n = nützlich; ü = Überflüssig

Eine Sonderstellung nimmt die Bewertung der Fragen nach detaillierten anamnestischen Angaben ein. Die Besprechung von Gesichtspunkten wie: Erleben der Krankheit, Lebensgewohnheit, besondere physische Belastungen, Probleme familiärer, beruflicher, finanzieller Art, werden von beiden Gruppen Überwiegend zwar für "nützlich", in deutlich geringerem Maße jedoch für "sehr nützlich" gehalten.

"Erleben der Krankheit", also Aussagen über das Befinden des Patienten und die Veränderung in seinen Beziehungen zur Umwelt werden von 24 % der niedergelassenen Ärzte und 16 % der Kliniker als "Überflüssig" beurteilt. Auch die anderen Angaben zur Anamnese werden von den N.Ä. zu einem wesentlich höheren Prozentsatz für "Überflüssig" gehalten, als irgend sonst zur Diskussion gestellte Gesichtspunkte des Befundberichts. Diese

Beurteilung stimmt überein mit den Antworten der niedergelassenen Ärzte, wonach diese anamnestische Angaben der Kliniker weitgehend für überflüssig halten und damit, daß 92 % der N.Ä. der Meinung sind, daß der Hausarzt gegenüber dem Kliniker die besseren Einsichtsmöglichkeiten in psychosoziale Krankheitszusammenhänge hat.

Ob diese Selbsteinschätzung auch die Meinung des Patienten wiedergibt, oder ob sich hier der Mythos vom guten, alten Hausarzt niederschlägt, wäre einer Untersuchung wert.

Es wäre ferner zu untersuchen, ob der Arzt, der den Patienten - auch wenn es nur vorübergehend ist - im Freiraum der Klinik betreut, aufgrund dieser Ausnahmesituation nicht einen leichteren Zugang zu den psychosozialen Problemen des Patienten erhält als der Hausarzt in der Sprechstunde. Das würde allerdings Bemühungen des Klinikers in Richtung auf eine patienten- und nicht krankheitsbezogene Medizin voraussetzen.

Sowohl die Beantwortung der Teilfragen zur Anamnese als auch die zur Aufklärung des Patienten über Krankheitszusammenhänge deuten darauf hin, daß die Kliniker - zumindest theoretisch - ein Verständnis von Krankheitsvorgängen haben, das wesentlich komplexer ist, als dies anhand der tatsächlich geschriebenen klinischen Befundberichte anzunehmen ist.

7.2. Aufklärung des Patienten

	sw		n		ü	
	N.Ä.	Kl.	N.Ä.	Kl.	N.Ä.	Kl.
Wesen und Prognose der Krankheit	60 %	76 %	33 %	21 %	7 %	4 %
Zusammenhang von Krankheit und Lebensgewohnheiten	59 %	75 %	37 %	22 %	4 %	4 %
Zusammenhang von Krankheit und Arbeitsbedingungen	42 %	59 %	51 %	39 %	7 %	2 %
Zusammenhang von Krankheit und Konflikten	47 %	60 %	46 %	36 %	7 %	5 %
Krankheit und soziale Folgeprobleme (Arbeitsplatzwechsel, Berentung etc.)	44 %	56 %	50 %	43 %	6 %	1 %
Probleme der Rekonvaleszenz	35 %	51 %	55 %	47 %	10 %	2 %
Notwendigkeit und Durchführung von Diätik	60 %	70 %	35 %	29 %	5 %	1 %

Unter dem Gesichtspunkt "Aufklärung des Patienten", bzw. seiner Angehörigen wurden hauptsächlich sozialmedizinische Aspekte von Krankheit zusammengefaßt. Während die Überwiegende Mehrheit der Kliniker diese Frage für "sehr wichtig" hält, (zwischen 36 und 76 %), sind die Aussagen der N.Ä. weniger eindeutig, verteilen sich gleichmäßiger auf "sehr wichtig" und "nützlich".

Einig sind sich beide Gruppen darin, daß diese Teilaspekte nicht "überflüssig" sind: Es sind kaum 10 % von beiden Gruppen, die Bewertung "überflüssig" vergeben.

Sowohl Kliniker wie niedergelassene Ärzte halten Angaben darüber, ob der Patient über Wesen und Prognose der Krankheit aufgeklärt wurde und ob mit ihm über den möglichen Zusammenhang von Krankheit und Lebensgewohnheit gesprochen wurde, zu 60 - 75 % für "sehr wichtig" und nur zu 21 - 37 % für "nützlich".

Daß auf Probleme der Rekonvaleszenz eingegangen wird, erscheint jedoch nur 35 % der N.Ä. für "sehr wichtig", 55 % für "nützlich" und 10 % gar für "überflüssig". Hier scheint der N.A. ähnlich wie bei den Fragen zur Anamnese seinen Zuständigkeitsbereich zu sehen, dessen Besprechung von Seiten des Klinikers für ihn weniger interessant ist.

Dagegen sind sich Kl. und N.Ä. zu 60 % bzw. 70 % darin einig, daß die Information darüber, ob der Patient über Notwendigkeit und Durchführung von Diätiken aufgeklärt wurde, als "sehr wichtig" anzusehen ist.

7.3. Epikrise

	sw		n		ü	
	N.Ä.	Kl.	N.Ä.	Kl.	N.Ä.	Kl.
Beurteilung des Therapieerfolges	49 %	57 %	44 %	40 %	7 %	4 %
Differentialdiagnostische Erwägungen	59 %	52 %	37 %	47 %	4 %	1 %
Bezugnahme auf Einweisungsdiagnose	42 %	21 %	47 %	44 %	11 %	35 %
Hinweis auf unklare Befunde	55 %	63 %	43 %	35 %	2 %	2 %
Prognose	37 %	46 %	58 %	46 %	5 %	7 %
Probleme medikamentöser Einstellung	50 %	79 %	47 %	20 %	3 %	1 %
Kontrollvorschläge	35 %	74 %	58 %	26 %	7 %	0 %

Hier stehen vor allem Gesichtspunkte zur Diskussion, die den wissenschaftlichen Dialog zwischen Kl. und N.Ä. betreffen. Das Bedürfnis der N.Ä., an den diagnostischen Überlegungen der Klinik teilzunehmen, drückt sich darin aus, daß eine deutliche Mehrheit (59 %) der N.Ä. differentialdiagnostische Erwägungen im Arztbrief für "sehr wichtig" (und nur 37 % für "nützlich") hält. Hervorstechend aus der gesamten Stimmenverteilung dieses Fragebogens ist die Bewertung des Gesichtspunktes "Bezugnahme auf Einweisungsdiagnose". Während die N.Ä. zu ungefähr gleichen Teilen die Erörterung der Einweisungsdiagnose für "w" und "n" halten, sind nur 21 % der Kliniker der Meinung, dieser Gesichtspunkt sei "sehr wichtig"; 35 % halten ihn schlicht für "überflüssig". Das ist mit Abstand die höchste Stimmenzahl, die überhaupt für die Bewertung "überflüssig" abgegeben wurde. Die Klage der N.Ä. über fehlende Bezugnahme auf die Einweisungsdiagnose (vgl. Zitate Teil II, Kap. 6.2.1.) scheint zu Recht zu bestehen. Andererseits beschwerten sich die Kl. (vgl. Teil II, Kap. 4) darüber, daß die Diagnosen auf dem Einweisungsschein häufig nicht ernstzunehmende "Diagnosen zur Einweisung" sind. Aufgrund des Bettenmangels und dem damit verbundenen Auswahl-system nach Dringlichkeitsstufen ergibt sich für den N.A. vielfach die Notwendigkeit, die Einweisungsdiagnose entsprechend zu trimmen. Der Kliniker seinerseits hält wahrscheinlich aufgrund dieser Praktiken die Einweisungsdiagnose generell für eine taktische Äußerung und meint in häufig falsch begründeter Rücksichtnahme, daß es besser sei, die Einweisungsdiagnose nicht mehr zur Sprache zu bringen. So wird die Diagnose, die eine Basis für die ärztlich-kollegiale Diskussion sein sollte, zur Farce, die einen ernstgemeinten Dialog von vornherein ausschließt und den Rückzug auf einen Monolog, sprich: Klinischen Befundbericht, nahelegt.

Der Hinweis auf unklare Befunde wird von 63 % der Kliniker für "sehr wichtig" und nur von 35 % für "nützlich" gehalten.

Hier könnte eine Inhaltsanalyse darüber Aufschluß geben, inwieweit dieser Anspruch tatsächlich realisiert wird.

Aussagen zur Prognose werden von der Mehrzahl der N.Ä. zwar für "nützlich" gehalten (38 %), "sehr wichtig" erscheinen sie jedoch nur 37 %. Wahrscheinlich ist für den N.A., der ja den

Verlauf beobachten kann, hier eine medizinwissenschaftlich abstrakte Äußerung weniger interessant.

Überraschend ist die Stimmenverteilung zum Punkt "Probleme medikamentöser Einstellung". Während die N.Ä. nahezu gleichverteilt diesen Gesichtspunkt für "sehr wichtig" und "nützlich" halten (50 und 47 %), sind die Kliniker zu Überwiegender Mehrheit (79 %) der Meinung, diese Frage sei "sehr wichtig"; nur 20 % halten sie für "nützlich".

Hier stellt sich die Frage: Wird in den klinischen Befundberichten auf die Probleme medikamentöser Einstellung, also sowohl auf die individuellen Reaktionsweisen, als auch auf die zu erwartenden Lebensumstände, unter denen die Medikamente eingenommen werden und wirken sollen (Paradebeispiel: Diabetikereinstellung), tatsächlich in dem Maße eingegangen, wie aus der Stimmenverteilung der Kliniker hervorgeht, oder äußert sich hier ein Wunschdenken der noch der Universität verhafteten, theoretisch orientierten Mediziner?

Kontrollvorschläge wurden wieder von der Mehrheit der Kliniker (74 %) für "sehr wichtig" gehalten, wohingegen sie die Mehrheit der N.Ä. (58 %) für nur "nützlich" hält.

8. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Umfrage lassen sich unter zwei Gesichtspunkten zusammenfassen:

1. Stellungnahmen zu inhaltlichen und organisationstechnischen Fragen der Berichterstattung
2. Stellungnahmen zu Kommunikationsproblemen, die sich aus berufspolitischen Konstellationen und dem traditionellen medizinischen Wissenschaftsverständnis ergeben.

Zu 1.: Nur 10 % der niedergelassenen Ärzte sind der Meinung, daß der Arztbrief rechtzeitig eintrifft. 2/3 der niedergelassenen Ärzte erwarten, daß der Arztbrief (Kurzinformation vorausgesetzt) innerhalb einer Woche eintrifft. Obwohl die Kliniker die Funktion der Orientierungshilfe mit Abstand für die wichtigste des Arztbriefes halten, sind 16 % der befragten niedergelassenen Ärzte der Meinung, daß sie statt der erwünschten Orien-

tierungshilfe eine Dokumentation erhalten. 6 % von ihnen meinen sogar, daß die klinischen Befundberichte in erster Linie der Selbstdarstellung der Klinik dienen. Doppelt soviel niedergelassene (Ärzte (24 %) wie Kliniker (12 %) bewerten die Fortbildungsfunktion des Arztbriefes mit dem zweiten Rang. Das deckt sich mit den Beanstandungen der niedergelassenen Ärzte am klinischen Befundbericht: Der Gesichtspunkt "fehlende ärztlich-wissenschaftliche Diskussion" rangiert an erster Stelle der Liste mit Beanstandungen. Der von den niedergelassenen Ärzten immer wieder geäußerte Wunsch, im Arztbrief neuartige diagnostische und therapeutische Methoden erklärt zu bekommen, wird verständlich, wenn man sieht, daß von 95 Klinikärzten nur zwei die Abfassung ihres Befundberichts daran orientieren, ob der Empfänger ein Internist oder ein Allgemeinarzt ist. Die Überwiegende Mehrheit der Klinikärzte läßt also die Berufsbedingungen des weiterbehandelnden Arztes unberücksichtigt. Die Häufigkeit der Versuche, telefonischen Kontakt mit dem Kollegen aufzunehmen, wird allgemein niedrig veranschlagt. Ein Scheitern der Kontaktaufnahme sehen die niedergelassenen Ärzte in erster Linie durch organisatorisch-technische Schwierigkeiten bedingt.

Die Beanstandungen der Kliniker an dem Informationsaustausch sind nicht weniger massiv. Von 101 Klinikärzten geben nur 3! an, daß sie die Information auf dem Einweisungsschein für ausreichend halten. Am häufigsten werden Informationen über die bisherige Therapie und über die vom einweisenden Arzt bereits erhobenen Befunde vermißt.

Vollkommen einig sind sich niedergelassene Ärzte und Kliniker darin, daß auf einen ausführlichen Arztbrief nicht verzichtet werden sollte. Diese Stellungnahmen wurden dadurch unterstrichen, daß die den üblichen Befundberichten erweiternden zusätzlichen Gesichtspunkte (psychosoziale Aspekte, Aufklärung des Patienten, epikritische Anmerkungen) durchweg von beiden Seiten für "wichtig" oder "nützlich" erachtet werden.

Die formale Kritik der niedergelassenen Ärzte am Befundbericht gilt der Länge und Unübersichtlichkeit. Die inhaltliche Kritik richtet sich, von der vermißten ärztlich-wissenschaftlichen Diskussion abgesehen, auf die häufig fehlende Beurteilung des

Krankheitsgeschehens und darauf, daß die Verschiedenartigkeit der therapeutischen Bedingungen von Klinik und Praxis nicht genügend berücksichtigt werden.

Zu 2.: Wie schon eingangs bemerkt wurde, ist nicht zu erwarten, daß die Stellungnahmen der niedergelassenen Ärzte und Kliniker etwa gegensätzlicher Art seien. Beide Gruppen wurden ja durch dieselbe Ausbildung geprägt. Die unterschiedlichen ärztlichen Einstellungen, die sich aus der jeweils andersartigen Berufspraxis ergeben, lassen sich daher eher als "Verwerfung" umschreiben. Spannungen zwischen beiden Berufsgruppen werden wiederholt angesprochen: 26 % der befragten niedergelassenen Ärzte sind der Meinung, daß der Arztbrief eine gewisse Überheblichkeit der Kliniker gegenüber den niedergelassenen Ärzten deutlich werden lasse; 15 % der niedergelassenen Ärzte geben negative Erfahrungen hinsichtlich der Kooperationswilligkeit des Kollegen in der Klinik an; auf die Frage nach den sachlichen Gründen etwaiger Unzufriedenheiten mit dem internistischen Arztbrief wurden neben den Sachbeanstandungen auch spontan Beanstandungen am kollegialen Verhalten hervorgebracht.

Was die Abfassung des Arztbriefes durch den Kliniker betrifft, ließ sich eindeutig nachweisen, daß diese Tätigkeit zu der unbeliebtesten innerhalb einer Skala von 7 Tätigkeitsmerkmalen gehört. Die Beantwortung dieser Frage unterstreicht die These vom naturwissenschaftlich geprägten Selbstverständnis des Klinikers, der die Aufgabe der Weiterbetreuung und Reintegration des Patienten für jenseits seines Zuständigkeitsbereiches hält. Dementsprechend endet auch für ein Viertel der Klinikärzte die Verantwortung für den Patienten mit der Entlassung aus der Klinik und nicht mit der Abfassung des Befundberichts, also nicht mit der stattgefundenen Information des weiterbehandelnden Arztes.

Insgesamt ließ sich zeigen, daß die Kommunikationsschwierigkeiten zwischen den Ärzten verschiedener medizinischer Versorgungsbereiche ihre Ursachen nicht in Individualfaktoren haben (etwa der zitierten Auffassung nach: ein guter Arzt schreibt einen guten Arztbrief, ein schlechter Arzt einen schlechten), sondern eng mit der Entwicklung verknüpft sind, die die Medizin seit etwa Mitte des vorigen Jahrhunderts als naturwissenschaftlich-technisch orientierte Wissenschaft genommen hat.

Literatur

1. ADORNO, W.: Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie. Luchterhand, Neuwig und Berlin 1969 (3. Aufl. 1971).
2. ARTELT, W.: Das Bauprogramm unserer medizinischen Fakultäten geschichtlich gesehen (Rede bei Antritt des Rektorats). Klostermann, Frankfurt a.M. 1963.
3. BALINT, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Fischer, Frankfurt 1970. (Originalausgabe: The Doctor, his Patient, and the Illnes. London 1964).
4. BRAUN, R.N.: Feinstruktur einer Allgemeinpraxis. F.K. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1961.
- 4 a. BRAUN, R.N. und O. RAINER: Wie nötig sind Informationen des Überweisenden Arztes? In: Medizinische Welt 23 (1972) Heft 10, S. 350.
5. BRÜSCHKE, G., HERMANN, H.: Der Arztbrief. Deutsches Gesundheitswesen 21 (1966).
6. ENGELHARDT, K. u.a.: Kranke im Krankenhaus. Enke, Stuttgart 1973.
7. EULNER, H.H.: Das Spezialistentum in der ärztlichen Praxis. In: W. ARTELT, W. RÜEGG (Hrsg.): Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. Enke, Stuttgart 1967.
8. EULNER, H.H. und SPANN, W. (Hrsg.): Ärztliche Rechts- und Standeskunde. München 1962.
9. FREIDSON, E.: Sociology of Medicine - A Trend-Report and Bibliography. In: Current Sociology vol. X/XI No 3, Oxford Engl. 1963.
10. FRANKE, H.: Manuskript und Vortrag. Stilfibel für Mediziner. Thieme, Stuttgart 1969 (2. Aufl.).
11. GRIESSNER, G.: Ärztliche Tätigkeit und elektronische Datenverarbeitung. In: C.Th. EHLERS, N. HOLLBERG, A. PROPPE (Hrsg.): Computer, Werkzeug der Medizin. Kommunikation und Kybernetik in Einzeldarstellung (1). Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1970.
12. GROSS, R.: Der Arzt, der Kranke und die Technologie. In: Deutsches Ärzteblatt 42 (Oktober 1973).
13. HEAVISIDE, G.C.: Principles of Communication. In: B.BADURA, K. GLOY (Hrsg.): Soziologie der Kommunikation. Problemata (11). Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstadt 1972.
14. HEISENBERG, W.: Das Naturbild der heutigen Physik. Rowohlt (rde 8), Reinbek bei Hamburg 1955.
15. HEISCHKEL-ARTELT, E.: Die Welt des praktischen Arztes. In: W. ARTELT, W. RÜEGG (Hrsg.): Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. Enke, Stuttgart 1967.
16. JACOB, W.: Medizinische Anthropologie im 19. Jahrhundert. Zur Geistesgeschichte der sozialen Medizin und allgemeinen Krankheitslehre Virchows. In: E. WIESENHÜTTER (Hrsg.): Beiträge aus der Allgemeinen Medizin (20). Stuttgart 1967.
17. KAUERZ, F., AOLD, G.: Gemeinsamkeit tut not. In: Der niedergelassene Arzt 22 (1973), Heft 13/14.
18. LASSWELL, H.D.: The Structure and Function of Communication in Society. In: L. BRYSON (Ed.): The Communication of Ideas. New York 1964.
19. LUKASCZYK, K.: Manuskript der Vorlesung: Einführung in die Sozialpsychologie. München, Wintersemester 1971/72.
20. LUCKMANN, Th., SPRONDEL, W.M. (Hrsg.): Berufssoziologie. Kiepenheuer und Witsch, Köln/Berlin 1972.

21. LÜTH, P.: Kritische Medizin. Rowohlt (rde 368), Reinbek b. Hamburg 1972.
22. LÜTH, P.: Niederlassung und Praxis, eine kritische Einführung. Thieme, Stuttgart 1969.
23. MAIWALD, D.: Die kollegiale Kooperation. In: Der niedergelassene Arzt 21 (1972), Heft 5.
24. MEYER-EPPLER, W.: Grundlagen und Anwendung der Informationstheorie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1969 (1. Aufl. 1959).
25. MITSCHERLICH, A. Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin (1). Suhrkamp (ed. suhrkamp 164), Frankfurt a.M. 1971.
26. NEUMANN-MANGOLDT, P.: Der Arztbrief. Eine Fibel zum praktischen Gebrauch. Urban und Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1970 (2. Aufl.).
27. PAAL, G.: Psychogen-Somatogen. Diagnostische Möglichkeiten in der täglichen Praxis. In: E. WIESENHÜTTER (Hrsg.): Beiträge aus der Allgemeinen Medizin (19). Stuttgart 1966.
28. PARSONS, T.: The Social System. Routledge and Kegan, London 1951.
PARSONS, T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Kiepenheuer und Witsch, Köln/Berlin 1967.
30. PARSONS, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: R. KÖNIG, M. TÖNNESEMANN (Hrsg.): Probleme der Medizinsoziologie. Westdeutscher Verlag, Opladen 1958.
31. PROPPE, A.: Notwendigkeit und Problematik einer Computer-Diagnostik. In: Computer, Werkzeug der Medizin. a.a.O. (s. GRIESSER, G.).
32. REINERS, L.: Stilkunst. Beck, München 1943.
33. ROHDE, J.: Probleme des Arztberufes im Krankenhaus. In: A. MITSCHERLICH, T. BROCHER, O.v. MEHRING, K. HORN (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Kiepenheuer und Witsch, Köln/Berlin 1967.
34. ROHDE, J.: Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Enke, Stuttgart 1974 (2. Aufl.).
35. SCHAEFER, H., BLOHMKE, M.: Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin. Thieme, Stuttgart 1972.
36. SCHULLER, A.: Der Stellenwert der sozialwissenschaftlichen Fächer in der Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt 39, Sept. 1973.
37. SIEGRIST, L.: Lehrbuch der Medizinischen Soziologie. Urban und Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1974.
38. THAYER, L.: Kommunikation in Organisationen. In: B. BADURA, R. GLOY (Hrsg.): Soziologie der Kommunikation. Problematika (11).
39. UEXKÜLL, TH. v.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt (rde 179/180), Reinbek bei Hamburg 1970 (4. Aufl.).
40. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSON, D.D.: Menschliche Kommunikation. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1971.

Tabellarischer Lebenslauf

- 1934 geboren (am 15.12.) in Reichenbach/Schlesien
- 1938 Übersiedlung mit der Familie nach Fürth/Bayern
- 1953 Abitur am Realgymnasium in Fürth/Bayern
- 1953-59 Studium der Medizin an den Universitäten: Erlangen, Freiburg i.Br., Heidelberg, Hamburg, Innsbruck, Tübingen, München
- 1959 Verheiratung mit Dietrich Krusche (Kinder: Michael, geb.1960; Gerlind, geb.1961; Martin, geb.1965)
- 1959/60 viermonatige Medizinalassistenten-Tätigkeit an der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Ansbach
- 1960-63 Aufenthalt mit Familie in Ceylon (Ehemann übernimmt Lektorat für deutsche Sprache und Literatur an der Universität Ceylon.)
- 1966-69 Aufenthalt mit Familie in Japan (Ehemann übernimmt Lektorat an der Universität Okayama.)
- 1968/69 zehnmonatige Medizinalassistenten-Tätigkeit an der Universitäts-Kinderklinik in Okayama/Japan
- 1970 viermonatige internistische Medizinalassistenten-Tätigkeit an der Universitätsklinik München
- 1970 Erlangung der Approbation
- 1971-74 Kontaktstudium der Soziologie an der Universität München
- 1975 Antritt einer Assistenzarztstelle am Bezirkskrankenhaus Haar

